

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

OREILLE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

(ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE)

Par **M. LANNOIS** et **M. JACOD** (de Lyon).

La loi du 9 avril 1898, en introduisant en France la doctrine du risque professionnel, a transformé la réglementation des accidents dus au travail. Avant elle, l'employé devait prouver que son patron avait commis une faute; cette démonstration était souvent impossible (1). Depuis sa promulgation, on admet que le travail expose à certains accidents inévitables. L'ouvrier, même et surtout s'il est adroit, perd la notion du péril qui l'environne et court un risque permanent du fait même qu'il travaille. Ce risque se réalise-t-il, le patron qui recueille le profit du travail doit indemniser la victime : le dommage créé existe comme un fait objectif, causé par une chose inanimée, dont le chef d'industrie est responsable, en dehors de toute idée de faute. Cette nouvelle charge du patron rentre dans les frais généraux de son entreprise (2).

D'après le texte légal, il suffit que l'accident survienne « par le fait du travail ou à l'occasion du travail ». Seuls sont exceptés les cas de force majeure et ceux provoqués intentionnellement par l'employé.

(1) 47 p. 100 des accidents sont foruits ou sous la dépendance d'une force majeure ; 25 p. 100 peuvent être attribués à la faute de l'ouvrier, 20 p. 100 à celle du patron (Circulaire du Garde des sceaux du 10 juin 1899).

(2) Pour l'étude plus complète de la loi, voir : *Traité élémentaire de Législation industrielle* de PAUL PIC. Paris, Rousseau, 1912.

Faite et votée un peu à la hâte, incomplète au début, la première rédaction fut remaniée à trois reprises par les lois du 22 mars 1902, du 31 mars 1903 et du 17 avril 1906. Malgré ces retouches, elle resterait encore imprécise s'il n'existait à côté d'elle une sorte de coutume fondée sur la jurisprudence et sanctionnée par la Cour de cassation. Depuis dix ans au moins, les jugements des divers tribunaux ont commenté l'œuvre primitive suivant le même esprit, et lui ont donné par leur accord l'unité qui lui manquait.

Pour nous médecins, l'application de la loi fit apparaître immédiatement l'importance de notre rôle et le peu d'attention qu'on lui avait porté. Détail curieux en effet, dans tous les rapports si touffus, dans les discours les plus documentés qui ont précédé ou accompagné les travaux parlementaires, il n'est pas question du médecin (1). Nous ne voulons pas parler de la fonction thérapeutique qu'il exerce tout naturellement, mais de son rôle médico-légal. Son intervention est cependant constante et indispensable. Aussi nul d'entre nous ne doit ignorer l'esprit de la loi et les divers actes que lui réclamera un blessé professionnel. Tous, nous devons d'un autre côté être prêts à fournir au juge les consultations ou les expertises qu'il pourra nous demander.

Il existe en France de nombreux Traités pour guider le médecin sur ce terrain nouveau. Excellents pour la plupart, ils ont le tort de ne pas se limiter à une partie de la question et demeurent forcément incomplets. Leur insuffisance apparaît surtout dans le domaine des spécialités. On ne peut, il est vrai, exiger d'un praticien toutes les connaissances nécessaires pour apprécier dès le début ou plus tard une lésion de l'œil ou de l'oreille, mais il est utile que les spécialistes trouvent réunis les divers moyens d'examiner et d'estimer les blessures concernant leur spécialité.

Les oculistes se sont rapidement occupés des accidents du travail atteignant l'œil. Dès 1901, cette question fut l'objet d'un rapport au Congrès français d'ophtalmologie et, depuis, plusieurs précis traitent du même sujet.

(1) M. VANDAL, *Le Médecin et les Accidents du travail*. (Thèse de droit, Paris, juin 1906).

Il n'existe encore rien de semblable pour l'otologie. De plus en plus cependant les blessés de l'oreille viendront directement chez l'auriste. D'autre part, les praticiens, dont l'outillage n'est pas suffisant, n'hésiteront pas à confier leurs malades aux spécialistes. Enfin, et ce sera la conclusion pratique de ce travail, il est juste de réclamer que les expertises d'accidents auriculaires soient confiées à des auristes de profession : un expert non spécialisé ne peut ordinairement pas donner une opinion autorisée sur le temps que durera une affection traumatique de l'oreille ou sur le degré d'incapacité permanente qu'elle entraînera.

Nous nous limiterons donc à cette question médico-légale pure. L'examen d'un blessé de l'oreille n'est pas différent de celui des autres malades. D'autre part la simulation et les divers procédés pour la dépister ont fourni le sujet de nombreux articles et monographies auxquels il n'y a rien à ajouter. Sur le reste au contraire on a peu écrit, tout au moins en France; les renseignements sont épars et souvent contradictoires, surtout quand il s'agit d'établir le degré des incapacités.

En face d'un accident du travail, deux sortes de difficultés médico-légales se présentent.

Pendant un certain temps le blessé est en traitement, jusqu'à consolidation juridique ou guérison de sa blessure. L'auriste se trouvera en relations avec la victime, avec le patron ou l'assurance, avec les divers juges. Il aura à fournir des certificats, des consultations, des expertises qui lui donneront de grands ennuis s'il ne connaît pas la marche à suivre. Il convient donc de réunir d'abord tous les *actes médico-légaux* qu'un auriste est appelé à produire à propos d'un accident du travail.

En deuxième lieu, le blessé est consolidé, mais non guéri. Il a droit de ce fait à une rente. Là encore l'auriste est obligé de donner un avis; et son opinion a une grande importance, puisque le juge, ordinairement, en fait la base de son arrêt. Sur quels fondements théoriques le médecin établira-t-il son estimation? En d'autres termes, *quelle est la valeur profes-*

sionnelle, après l'accident, d'une oreille blessée, et par quel chiffre exprimera-t-on la diminution de capacité ouvrière qu'entraîne cette lésion auriculaire définitive?

CHAPITRE I

Actes médico-légaux.

Ils sont très différents suivant que l'auriste sera : 1° le médecin du blessé; 2° le consultant choisi par le médecin du blessé; 3° le médecin contrôleur du patron; 4° le médecin expert désigné par le juge (1).

1° L'auriste est le médecin du blessé.

Le libre choix étant inscrit dans la loi, il se peut, et cela deviendra plus fréquent par la force des choses, que le blessé vienne directement chez l'otologiste. Ce dernier doit être au courant des démarches que l'ouvrier et le patron doivent faire.

« Tout accident, dit l'article 11, ayant occasionné une « incapacité de travail, doit être déclaré dans les quarante-
« huit heures, non compris les dimanches et jours fériés, par
« le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la com-
« mune, qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiate-
« ment récépissé... La déclaration d'accident pourra être faite
« dans les mêmes conditions par la victime ou ses représen-
« tants jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident. »

Le médecin n'a pas d'acte médico-légal à produire jusqu'au quatrième jour.

« Dans les jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas
« repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la
« mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certi-
« ficat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites

(1) Nous nous sommes servis, pour ce chapitre, de l'excellent ouvrage, de M. Duchaufour, du *Recueil des documents sur les accidents* réunis par le Ministère du travail et aussi des diverses publications éditées par le *Concours médical*.

« probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible
« d'en connaître le résultat définitif. »

Ainsi les chefs d'entreprise se trouvent libérés du certificat médical pour les accidents légers. En pratique il arrive souvent que le médecin en délivre un dès les premiers jours; dans ce cas, même si l'accident ne dépasse pas les quatre jours réglementaires, ce certificat lui est payé.

CERTIFICAT INITIAL. — Il sera fait sur papier libre comme tous les certificats concernant les accidents du travail. Comment l'établir (1)?

Il doit être rédigé avec d'autant plus de soin qu'il constitue la première pièce importante de la procédure et que plus tard le blessé ou le patron peuvent attaquer le médecin en dommages-intérêts pour préjudice à eux causé s'il était incomplet (art. 1382 Code civil). La loi indique les trois points importants qu'il doit contenir :

a) *L'état de la victime.* — C'est le compte rendu exact de l'examen pratiqué à l'instant même et aussi la constatation des lésions auriculaires antérieures à l'accident s'il en existe. La précision et la concision seront nécessaires; la pratique indique qu'il est inutile et parfois nuisible d'entrer dans de trop grands détails.

b) *Les suites probables de l'accident.* — Il suffira de dire si le blessé peut reprendre de suite son travail ou bien s'il y a lieu de craindre une incapacité temporaire ou permanente. Il est parfois difficile de poser au début un pronostic précis; il vaudra mieux alors indiquer une incapacité temporaire et faire des réserves pour les complications probables ou imprévues.

c) *L'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.* — L'auriste devra donner un certain nombre de jours. Cette approximation n'engage pas d'ailleurs la responsabilité du médecin; il pourra, à l'expiration de la date

(1) Le certificat initial sommaire est payé 2 francs. S'il est important et descriptif, en cas de blessures multiples, en cas de contusions ou brûlures portant sur l'abdomen, le thorax ou la tête, il est payé 5 francs.

indiquée par lui, fournir au blessé un ou plusieurs bulletins de prolongation, sans avoir à faire une nouvelle description.

Pour éviter les ennuis d'une omission, plusieurs syndicats ont pris l'initiative de faire imprimer et de vendre des libellés de certificat initial. Voici le modèle donné dans le *Journal officiel* du 22 août 1899 :

*Le soussigné (nom et prénom),
docteur en médecine, demeurant à (adresse)
certifie que le nommé (nom et prénoms)
est atteint de (indiquer la nature de la blessure et donner quelques
indications sommaires sur l'état de la blessure)
par suite de l'accident survenu le
Cette blessure entraînera probablement (indiquer sommairement les
conséquences probables de l'accident)
Il ne sera possible de connaître le résultat définitif de cette blessure que
dans environ.
Fait à le 19*

Il est souvent utile de l'établir en double pour en posséder un autre si l'original s'égare et pouvoir contrôler plus tard ce qu'on a certifié.

On a reproché à ce certificat initial de violer le secret professionnel (1). Ce reproche n'est pas fondé à notre avis, si le médecin prend certaines précautions. Il devra d'abord le remettre entre les mains du blessé, lui seul; l'envoyer à l'assurance ou au patron peut être répréhensible. De même si le praticien est amené, dans la rédaction du certificat, à indiquer ce qu'il connaît pour avoir auparavant soigné le blessé, il devra bien en avertir ce dernier, car la divulgation de l'état antérieur peut nuire à la victime. L'ouvrier, renseigné, décidera lui-même s'il doit utiliser ce certificat ou demander au patron l'examen du médecin contrôleur de l'assurance.

Nous insistons sur tous ces détails parce que l'importance du certificat initial est immédiate.

« Dans les vingt-quatre heures, dit en effet l'article 12,

(1) J. VANVERTS et P. LEVALLOIS, *De la confusion des rôles du médecin expert et du médecin traitant dans la loi sur les accidents du travail; incompatibilité de ces rôles*. Paris, Vigot, 1910.

» qui suivent son dépôt, la mairie transmet le dossier au juge
» de paix du canton où l'accident s'est produit, la déclara-
» tion et soit le certificat médical, soit l'attestation qu'il n'a
» pas été produit de certificat (1). »

C'est d'après la teneur de ce certificat que le juge doit garder l'affaire pour lui ou bien faire une enquête et transmettre plus tard le dossier au président du tribunal civil. Il la gardera si le médecin n'a parlé que d'incapacité temporaire ; en cas contraire, l'affaire ira plus loin.

« Lorsque d'après le certificat médical, ajoute le même article, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente (ou lorsque la victime est décédée), le juge de paix, dans les vingt-quatre heures, procède à une enquête à l'effet de rechercher : la cause, la nature et les circonstances de l'accident ; les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent, le lieu et la date de leur naissance ; la nature des lésions ; les ayants droit pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité, le lieu et la date de leur naissance ; le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes. »

L'enquête faite en se servant du certificat initial, le juge de paix, dans les cinq jours suivants, transmettra le dossier au président du tribunal civil, auquel sera remis également plus tard le certificat de consolidation de la blessure, afin qu'il puisse en conciliation déterminer le pourcentage d'incapacité.

CERTIFICAT MÉDICAL FINAL. — Pendant toute la durée du traitement l'auriste médecin du blessé donnera à ce dernier une note simple indiquant qu'il est toujours en traitement, pour lui permettre de toucher sans ennuis son demi-salaire de l'assurance. Il faut savoir que celle-ci refuse parfois le demi-salaire pour diverses raisons, surtout si elle trouve que la période de traitement est trop longue : elle préfère se laisser assigner par l'ouvrier en justice de paix et demande alors au juge une expertise.

(1) Tous les modèles des procès-verbaux et des récépissés précédents, de la transmission des pièces à la justice de paix, ont été établis par le décret du 23 mars 1902. On les trouvera détaillés dans le *Recueil de documents sur les accidents du travail* réunis par le ministère du Travail, n° 1, p. 193 et suiv. Paris, Berger-Levrault, 1 fr. 75.

Plusieurs syndicats ont fait imprimer d'avance des certificats de consolidation. En voici un modèle (1) :

*Je, soussigné, etc.,
certifie avoir examiné le*

le blessé

âgé de

demeurant

ouvrier ou employé chez M.

Cet homme, d'après le certificat initial, a subi le

A l'examen du blessé on constate (décrire en détail les phénomènes objectifs se rapportant à l'audition, l'équilibre, et relater les phénomènes subjectifs en laissant au blessé la responsabilité de ceux-ci).

Comme conclusion, M. X., est atteint d'une infirmité qui est actuellement consolidée. Cette infirmité entraîne une incapacité de travail qui est permanente (absolue ou partielle).

La date de consolidation peut être fixée au

Certificat délivré sur papier non timbré en vertu et par application de la loi du 9 avril 1898.

Fait à

, le

49 .

Il ne faut pas oublier qu'un pareil certificat peut être demandé à l'auriste par l'ouvrier, en cours de traitement, même lorsque cet auriste n'a pas été jusqu'à présent le médecin traitant. Nous avons vu ce cas plusieurs fois. Le blessé estime qu'il a droit à une incapacité permanente du fait de ses troubles auditifs, alors que le médecin qui l'a traité n'a pas pris ces derniers en considération. Ou bien le traumatisme a été assez grave pour qu'on transporte le malade à l'hôpital immédiatement après le certificat initial ; il s'améliore, mais doit mettre en marche à nouveau l'appareil judiciaire. Pour cela il lui faut un certificat constatant la possibilité d'une incapacité permanente. A partir de ce moment, tout se déclenche automatiquement ; dès que le certificat d'incapacité permanente a été déposé au greffe de la justice de paix du canton où s'est passé l'accident, le juge de paix doit procéder à l'enquête si elle n'a pas été faite, fixer le salaire de base, se déclarer incompétent, et transmettre au président du tribunal civil, dans

(1) Ce certificat est descriptif et donne droit à une indemnité spéciale de 5 francs.

les trois jours, une expédition de la décision qu'il a prise (art. 15, § 3).

Le certificat, qu'on peut fournir à l'ouvrier dans ce cas et que ce dernier est tenu alors de payer, sera établi comme le précédent. Si le traitement peut encore modifier la blessure, on ne parlera de la consolidation que pour dire, comme dans le certificat initial, à quelle date on pourra la fixer ultérieurement.

2° L'auriste est le consultant choisi par le médecin du blessé.

Les rapports de l'auriste et du médecin traitant ne sont pas décrits explicitement dans la loi, mais on peut les concevoir d'après le *Tarif Dubief* et la jurisprudence.

Le médecin du blessé désire avoir une ou plusieurs consultations d'un otologiste. Que doit demander celui-ci au premier et que doit-il faire lui-même?

L'article 14 du *Tarif Dubief* dit ceci : « Lorsque, sur l'avis écrit du médecin traitant, le blessé doit s'adresser à un spécialiste.... » Par suite, le médecin du blessé est le seul juge pour décider si un examen otologique est nécessaire : il agit au nom du mandat que lui a confié le blessé. Il n'aura donc pas à attendre ou même à solliciter l'autorisation du patron.

Mais il agira très bien en avertissant le chef d'entreprise (ou l'assurance) de sa détermination de soumettre son malade à l'examen de l'auriste. C'est la seule démarche que ce dernier devra réclamer de son confrère, s'il ne veut pas voir plus tard discuter sa note d'honoraires (1).

Quant à lui-même, il fera bien également d'avertir qu'il soigne l'accidenté, à partir de telle date, sur la demande de tel confrère, pour les mêmes raisons que ci-dessus et pour que le patron puisse le faire contrôler, s'il le désire, comme il en a le droit.

(1) La jurisprudence, elle aussi, a confirmé cette manière de voir : Justices de paix de Grenoble, 10 janvier 1900 ; de Charenton, 18 décembre 1907 ; d'Ivry-sur-Seine, 16 juin 1908 ; de Noisy-le-Sec, 30 décembre 1908 ; de Versailles, 6 mars 1909.

L'otologiste consultant n'a pas de certificat à produire seul. Mais le médecin traitant peut lui demander de signer avec lui un certificat descriptif initial pour donner plus de poids à l'avis d'incapacité temporaire ou permanente qu'il formulera. De même, le certificat de consolidation sera souvent signé par les deux médecins.

3° L'auriste est le médecin du patron

(EN L'ESPÈCE, DE L'ASSURANCE).

Il est juste que le chef d'entreprise, dont la responsabilité pécuniaire est engagée, soit à l'abri des dommages que pourrait lui infliger une prolongation injustifiée de traitement. Le patron peut donc choisir, dans les accidents concernant l'oreille, un auriste qu'il chargera de contrôler le blessé et son médecin, et de le renseigner à ce sujet. Les honoraires restent, en toute hypothèse, à la charge du patron.

Quelles sont les attributions de l'auriste en pareil cas et comment doit-il agir? L'article 4 de la loi dit ceci : « Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadairement auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. »

Ce texte précise suffisamment que le médecin ainsi désigné n'a pas le caractère d'un médecin expert, qu'il ne peut s'immiscer dans les soins donnés à l'ouvrier par le médecin de son choix ou l'auriste choisi comme consultant par le médecin traitant. Il ne s'agit pas d'une consultation médicale, mais simplement d'une mission de contrôle pour laquelle l'auriste aura à s'entendre amialement avec ses confrères (1).

Nous conseillons à l'otologiste d'avertir chaque fois le

(1) Le prix, d'ailleurs, est de deux visites ou consultations, tandis que la consultation médicale obtient quatre visites.

médecin traitant et de s'entendre amicalement avec lui sur le jour et l'heure qui conviendront le mieux à tous deux. Il sera préférable d'aller si possible au cabinet du confrère traitant.

Si ce dernier laisse le médecin contrôleur aller au domicile du blessé, comme il arrive souvent, en s'en remettant à sa bonne foi, l'otologiste aura grand intérêt, pour éviter le refus d'un ouvrier grincheux, à prendre avec lui la lettre du patron le désignant; la copie de la lettre convoquant le médecin traitant, avec le talon de la poste pour justifier l'envoi de cette lettre sous pli recommandé. Il s'interdira toute ingérence dans le traitement et toute intimidation volontaire ou involontaire sur l'esprit du blessé.

S'il trouve dans cette visite que la victime est en état de reprendre son travail alors que celle-ci ou son médecin le contestent, il en avertit le chef d'entreprise qui peut, d'après la loi, « requérir du juge de paix, lorsqu'il s'agit d'incapacité temporaire, une expertise médicale qui devra avoir lieu dans les cinq jours ».

A la fin du traitement, le patron (l'assurance en l'espèce) peut demander à un otologiste d'examiner un blessé pour lui faire établir sur un certificat la date probable de la consolidation de la blessure et surtout le degré d'incapacité que pourrait avoir la victime. C'est une sorte d'expertise officieuse ou plutôt de consultation médico-légale, afin d'avoir un chiffre précis à l'audience en conciliation du président du tribunal civil. Là encore, cette consultation, établie sur papier libre, sera à la charge du patron. On pourra prendre pour modèle le certificat descriptif final dont nous avons déjà parlé en ajoutant dans les conclusions le pourcentage de réduction professionnelle.

Enfin, la rente étant définitivement fixée, le chef d'entreprise pourra désigner au président du tribunal un médecin, auriste s'il s'agit de troubles auriculaires, chargé de le renseigner sur l'état de la victime, et cela au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision. « Cette désignation dûment visée par le président donnera au dit médecin accès trimestriel auprès de la victime. Faute par

« la victime de se prêter à cette visite, tout paiement d'arrérages sera suspendu par décision du président, qui convoquera la victime par simple lettre recommandée » (art. 19 de la loi).

1° L'auriste est médecin expert.

L'auriste peut être nommé comme expert par tous les juges devant lesquels se présente un accidenté du travail : au début c'est le juge de paix, plus tard c'est le président du tribunal civil, le Tribunal civil, la Cour d'appel, la Cour de cassation. Ces diverses juridictions ne peuvent désigner comme expert ni le médecin traitant ni le médecin patronal (art. 17 de la loi).

1° *Les expertises devant le juge de paix.* — L'otologiste peut être appelé à intervenir dans un certain nombre de cas.

Le premier est celui où l'assurance, même après déclaration du patron et dépôt du certificat initial, refuse de payer le demi-salaire de l'ouvrier en niant qu'il y ait réellement accident du travail, l'affection auriculaire étant pour elle antérieure à l'accident ou bien maladie professionnelle.

En second lieu la loi permet au juge de paix, dans l'article 13, de « désigner un médecin pour examiner le blessé » lorsque le certificat médical (initial) ne lui paraîtra pas suffisant. En réalité, dans ce cas, il ne s'agit pas d'expertise vraie. La circulaire du Garde des sceaux du 24 avril 1903 (1) le spécifie ainsi à propos de ces consultations : « Il n'y a « d'ailleurs lieu à dépôt de rapport d'expert dans le sens légal « du mot que lorsque ce document est classé définitivement « et séparément dans les minutes du greffe de la juridiction « devant laquelle l'affaire doit être portée. Il ne saurait en « être ainsi d'un rapport fourni au cours d'une enquête dont le « dossier doit être transmis au président d'un tribunal autre « que celui de la justice de paix. Lorsqu'il se fait assister par

(1) *Recueil ministériel* n° 1, p. 248. — La même circulaire recommande d'ailleurs au juge de ne pas faire abus de cette consultation médicale pendant l'enquête.

« des experts, le magistrat cantonal reçoit leur serment et « leurs déclarations dans son procès-verbal. »

N'est également pas un expert, le médecin nommé sur réquisition du juge de paix pour faire le certificat initial quand tous les confrères ont refusé soit à l'ouvrier, soit au patron, d'établir ce certificat. Dans ce cas, le certificat initial sommaire qu'il aura à fournir lui sera payé 8 francs (suivant le tarif du 21 nov. 1893).

L'expertise le plus fréquemment demandée par le juge de paix est celle que requiert de lui le chef d'entreprise ; ce dernier peut croire, d'après son médecin, à une incapacité temporaire au lieu d'une permanente ou que la blessure en cours de traitement est déjà guérie. Dans ces deux alternatives, un médecin expert est commis avec mission d'examiner le blessé et d'éclairer le juge (1).

2° *Les expertises devant le président du tribunal civil.* — En théorie il ne devrait pas exister de différence entre les experts commis par le juge de paix et ceux que désignent les tribunaux civil, d'appel ou de cassation ; les accidents du travail dépendant de la juridiction civile, tout docteur en médecine français devrait pouvoir être nommé expert. En pratique, il n'en est rien. Les magistrats, libres évidemment de choisir le médecin en qui ils ont confiance, exigent de plus en plus les conditions demandées pour la juridiction crimi-

(1) Voici un exemple d'ordonnance, emprunté à M. G. Brouardel.

Nous, Juge de paix,

Vu les dires des parties, la réquisition de... mandataire du patron et l'article 13 de la loi du 9 avril 1898.

Attendu qu'il y a contestation sur le caractère des suites de l'accident survenu à M...

Que dans ces circonstances il est nécessaire de recourir aux lumières de l'homme de l'art ;

Par ces motifs :

Nommons M. X..., docteur-médecin, demeurant à..., rue..., n°..., expert nommé par nous d'office et dispensé du serment, du consentement des parties, lequel recherchera s'il y a incapacité permanente partielle ou seulement incapacité temporaire, et dans ce dernier cas à quelle époque celle-ci a pris ou prendra fin, dressera de ses opérations un rapport qu'il déposera au greffe de notre justice de paix pour, celui fait et déposé, être par les parties conclu et par nous procédé et statué ce que de droit, et aviserons les parties par lettre du dépôt du dit rapport.

nelle. Il arrive que le nombre des médecins choisis est restreint et qu'il existe à ce sujet un véritable privilège. D'autre part, pour les spécialités, l'otologie en particulier, les tribunaux désignent très rarement un spécialiste. Tout expert peut s'adjoindre en principe, il est vrai, un auriste s'il s'agit de troubles auriculaires ; en pratique, il le fait plus rarement.

Quoi qu'il en soit, c'est à partir du tribunal civil que le rôle de l'otologiste expert devient très important.

Nous savons que le juge de paix est incompetent dès qu'il peut s'agir d'incapacité permanente. Dans ce cas il transmet l'enquête et les autres pièces au tribunal de l'arrondissement où s'est produit l'accident. Le président du tribunal entre alors en scène, pour essayer de régler cette incapacité permanente. D'après l'article 16, « il convoque la victime ou ses ayants droit, le chef d'entreprise, qui peut se faire représenter et, s'il y a l'assurance, l'assureur... En cas d'accord entre les parties, conforme aux prescriptions de la présente loi, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président qui en donne acte, en indiquant, sous peine de nullité, le salaire de base et la réduction que l'accident aura fait subir au salaire. »

Ainsi le président est chargé de concilier les parties avant de les adresser au tribunal civil. Il les convoque en une audience spéciale à cet effet. Sa mission est d'éclairer blessé et patron sur leurs droits et sur les chances de succès d'un procès ; son expérience lui donne cette autorité nécessaire et, de fait, beaucoup d'accidents sont définitivement réglés dans la séance de conciliation.

Le plus souvent, la première convocation, dans les cinq jours qui suivent la réception du dossier, trouve l'ouvrier en traitement et parfois incapable de comparaître. C'est dans une audience ultérieure que le président pourra mettre d'accord les parties.

Elles s'accordent facilement pour les petites réductions permettant de racheter la rente par un capital, mais pour les grandes et surtout les moyennes invalidités, l'entente n'est pas aussi aisée. L'ouvrier, d'une part, possède des certificats médicaux personnels constatant son incapacité ; l'assurance,

de l'autre, soutient que le blessé est moins atteint qu'il ne le croit. Il est difficile au magistrat d'avoir un avis personnel sans recourir à un médecin.

Parfois, le président tâche d'avoir une consultation entre le médecin du blessé et celui du patron et de provoquer ainsi une expertise officieuse pour ainsi dire; cette façon rapide et économique de procéder peut aboutir.

Mais s'il prévoit qu'il n'y aura pas d'entente entre les deux médecins, force lui est de proposer une expertise régulière. La modification apportée par la loi du 31 mars 1905 le permet au président qui « peut, du consentement des parties, commettre un expert dont le rapport doit être déposé dans le délai de huitaine ». Cet expert est dispensé du serment; il est averti par une ordonnance du magistrat remise par le greffe. Rarement, l'une des parties refuse cette nomination.

Ces expertises présentent de grands avantages, car le renvoi de l'affaire au tribunal civil retarde considérablement sa terminaison. Même, d'après M. Duchaufour(1), comme la nouvelle loi de 1905 a modifié le pouvoir de juridiction gracieuse qu'avait le président pour lui donner une mission contentieuse (dans l'espèce fixer à l'ouvrier une provision inférieure au demi-salaire), ce magistrat de conciliation est autorisé de ce fait à ordonner d'office une expertise sans le consentement des deux parties (2).

Quoi qu'il en soit, lorsque ces dernières sont en désaccord, le dossier de l'affaire est transmis au tribunal civil. Lorsqu'il y a eu expertise, le rapport de l'expert, enregistré lors de son dépôt, est transmis avec le dossier. En attendant la décision du tribunal, le blessé peut recevoir du président « par l'ordonnance de renvoi et sans appel » soit son indemnité de demi-salaire, soit une provision inférieure au demi-salaire.

3° *Les expertises devant le tribunal civil.* — Ce tribunal peut recourir à une expertise chaque fois qu'il le juge utile.

(1) A. DUCHAUFFOUR, *Les accidents du travail*, Manuel de conciliation, 2^e éd., p. 332.

(2) La Cour de Paris (arrêt du 31 octobre 1903) avait soutenu la même opinion.

Habituellement il ne le fait que si le précédent expert, nommé à la conciliation, avait conclu que le blessé n'était pas encore consolidé à ce moment-là et avait rejeté toute décision vers une époque ultérieure.

Il nomme un expert, alors dispensé du serment, ou bien trois experts, qui ne sont dispensés de ce serment que du consentement des parties.

4° Les expertises devant la Cour d'appel et la Cour de cassation. — Les jugements rendus en vertu de la loi de 1898 sont susceptibles d'appel dans les quinze ou trente jours qui suivent. La cour statuera d'urgence dans le mois d'appel. Les parties pourront se pourvoir en cassation (art. 17).

Les deux Cours peuvent nommer chacune un ou plusieurs otologistes pour les éclairer, surtout si les expertises précédentes sont contradictoires.

5° Les expertises pendant la revision. — « La demande en revision, dit l'article 19, fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans. » Il suffit d'une simple déclaration au greffe du tribunal civil pour que le président du tribunal en soit saisi. La procédure est la même que pour une affaire immédiate, c'est-à-dire que les parties viennent en conciliation, puis sont renvoyées au tribunal civil, s'il n'y a pas eu accord.

Là encore l'otologiste peut être désigné comme expert.

5° Du rapport d'expert.

Dans toutes les expertises confiées par le juge de paix, le rapport sera simple. Le médecin bornera son examen à ce que lui demande le magistrat et répondra dans ses conclusions de façon très concise aux diverses questions posées. Son rapport sera pour ainsi dire calqué sur l'ordonnance du juge de paix. Ordinairement il est dispensé du serment, du consentement des parties.

Dans les autres expertises, la procédure est un peu plus compliquée, et le rapport de l'expert est tellement important qu'il nous semble utile de fournir à son sujet quelques renseignements détaillés.

A) DONNÉES GÉNÉRALES. — On sait que tout médecin est absolument libre de refuser l'expertise; s'il accepte la prestation de serment, il s'engage complètement. D'autre part, les experts nommés d'office peuvent être récusés par les parties, mais cette récusation doit être demandée dans les trois jours qui suivent la nomination.

Le médecin connaît sa désignation par l'avoué de la partie la plus diligente, qui lui envoie expédition ou copie du jugement le désignant. Le même avoué lui indique en même temps tous les jours où il pourra prêter serment et le prie de choisir entre ces jours et de s'entendre à ce sujet avec les autres confrères désignés.

S'il y a prestation de serment, les trois médecins indiquent à ce moment la date d'ouverture de l'expertise. S'il n'y a pas prestation, le médecin avertit l'avoué qui convoque l'ouvrier son client et fait sommation à la partie adverse de se présenter ou se faire représenter, si bon lui semble.

S'il n'y a pas de délai dans le jugement, l'expert devra pourtant ne pas tarder, car il peut être assigné, s'il tarde trop, à trois jours francs devant le tribunal (art. 320 du Code de procédure civile).

B) PLAN DU RAPPORT. — La loi n'impose aucune forme aux rapports médicaux. Il est bon toutefois d'observer quelques règles qui permettront d'avoir plus d'ordre et de clarté. C'est ainsi qu'il vaut mieux le diviser en un certain nombre de parties distinctes : le préambule, l'exposition des faits, l'état actuel du blessé, la discussion, les conclusions.

1° *Préambule.* — C'est le début habituel de tous les rapports. En voici un exemple.

*Je, soussigné (nom, prénoms, qualités, domicile),
 commis par (magistrat ou tribunal) en date du...
 à l'effet de (c'est ici qu'il faut transcrire tout ou long entre guillemets le passage du jugement qui contient les questions,
 sans en omettre une seule)
 serment préalablement prêté le... (ou dispensé du serment)
 ai procédé le (date et lieu) à l'examen du blessé...
 ai recueilli les renseignements et fait les constatations suivantes :*

2° *Historique des faits.* — C'est le rappel des circonstances de l'accident, des lésions, de leurs suites, du traitement suivi. Si l'exposé résulte des déclarations du blessé, il vaut mieux l'indiquer. Il sera préférable de s'appuyer sur des certificats ou rapports antérieurs de confrères pour préciser les renseignements.

3° *État actuel du blessé.* — L'auriste devra distinguer entre les phénomènes subjectifs peu contrôlables et les phénomènes objectifs : les bourdonnements passent bien après l'acoumétrie, les vertiges doivent céder la place à la recherche du déséquilibre et du nystagmus par toutes les épreuves classiques. L'examen du conduit externe et du tympan, s'il y a lieu, terminera cette description.

Ne pas oublier, dans certains cas, l'examen somatique et celui des urines.

4° *Discussion du diagnostic et du pronostic.* — C'est la discussion motivée de l'incapacité ; c'est, en somme, la réponse aux questions posées dans le jugement. Le tribunal ne demande pas de diagnostic vrai, mais il vaut mieux le faire, en évitant les termes techniques. Également l'expert devra indiquer si la blessure est la conséquence directe de l'accident, si les soins ont été suivis régulièrement par l'ouvrier et quel est l'avenir de l'accident. Pour la consolidation, on la fixe ordinairement au jour du dernier examen ; s'il n'y a pas encore de consolidation, le dire et fixer une date approximative pour un nouvel examen. Ne pas oublier d'ajouter si l'incapacité est susceptible d'amélioration. On sait combien les vertiges peuvent s'atténuer ; il est utile de le dire afin de permettre facilement la revision.

Enfin, l'incapacité permanente établie, il reste à en établir le pourcentage. Le juge peut ne pas suivre l'avis de l'expert à ce sujet, mais en réalité il le suit presque toujours. Le médecin devra donc connaître la jurisprudence parue sur de semblables dommages. C'est là pour l'auriste le point le plus délicat et nous allons voir plus loin combien l'évaluation des troubles auditifs est peu fixée.

5° *Conclusions.* — Elles seront numérotées et bien détaillées, d'après les questions posées par le tribunal. Il n'est

pas indispensable d'indiquer si les conclusions ont été votées à l'unanimité ou à la majorité des experts. On pourra fixer ensuite le nombre de vacations et le coût de l'expertise.

Enfin le rapport sera daté et signé (les chiffres en toutes lettres). L'indication du jour et du lieu de la rédaction du rapport est prescrite, à peine de nullité.

L'expert n'a pas à faire enregistrer son rapport. Il le déposera au greffe du tribunal ; le greffe fera enregistrer.

CHAPITRE II

Évaluation du dommage pour les accidents du travail concernant l'oreille.

Si le législateur, en France, a rendu le chef d'entreprise responsable de plein droit dans les accidents professionnels, il a tenu, par une sorte de transaction, à réduire l'indemnité certaine que touchera le blessé. Il l'a établie, à forfait, toujours inférieure à la réparation totale du préjudice causé, en prenant pour base le salaire de la victime et en considérant les trois cas suivants :

1° L'accident est suivi de mort. On sert alors une rente à la veuve et aux enfants, rente qui ne varie jamais.

2° Le blessé retrouve intacte, après un temps plus ou moins long, l'aptitude au travail dont il était doué avant l'accident. Il en a éprouvé une incapacité temporaire. Il aura pour cela « une indemnité journalière égale à la moitié du salaire « touché au moment de l'accident, si l'incapacité de travail a « duré plus de quatre jours et à partir du cinquième jour » (art. 3).

3° Le blessé garde après l'accident une diminution de sa valeur professionnelle. Il en a conservé une incapacité permanente, absolue ou partielle. On lui versera une pension égale aux deux tiers de son salaire, si l'invalidité est absolue, à la moitié seulement de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire, si l'incapacité est partielle.

On le voit, le législateur a divisé les accidents en trois catégories, mais il n'a pas spécifié dans quelle classe devait rentrer tel ou tel accident. Pour les blessures mortelles, il suffit d'établir les relations entre l'accident et la mort. Pour les autres, le juge, déclaré seul compétent, se trouve en face de difficultés continuelles. Il a en effet à décider combien durera la période de soins et d'incapacité temporaire et si l'incapacité restera vraiment temporaire; à déterminer si la blessure, non guérie mais consolidée, donnera une invalidité absolue ou une diminution partielle; enfin à estimer le pourcentage de cette incapacité partielle.

Bien que la responsabilité du juge apparaisse considérable, les législateurs n'ont pas voulu la limiter et imposer un chiffre fixe pour chaque blessure. Les discussions qui ont eu lieu à ce sujet, soit au Sénat, soit à la Chambre, sont intéressantes à lire en détail pour voir combien possèdent d'arguments impressionnants les deux opinions contradictoires : fixer à l'avance par loi ou décret des coefficients de préjudice pour les dommages bien définis et taxer les autres par voie d'assimilation (1); ne pas tarifer un accident, parce que le même accident n'a pas la même conséquence dans deux industries différentes. Cette dernière opinion a prévalu en France : plus juste en principe, elle soulève en pratique de nombreuses difficultés.

Pour arriver à les vaincre, c'est-à-dire pour fixer le dommage dans chaque affaire suivant l'esprit de la loi et les éléments de la cause présente, il a fallu passer par une longue période de tâtonnements. Pendant cinq ou six ans, jusqu'en 1904, on vit taxer les accidents de façon excessivement variable par les divers tribunaux. Peu à peu, la jurisprudence introduisit des observations et des jugements, sensiblement identiques les uns aux autres, qui ont unifié, pour ainsi dire, les estimations pour une même blessure. Ainsi, suivant la méthode expérimentale, on arriva, de cas particuliers, à cer-

(1) Discours de M. Blavier (séance du Sénat du 12 février 1890), de M. Dron (séance de la Chambre du 5 juin 1893). Rapports de MM. Ma-restaing et Jourdain au Congrès international des accidents du travail, Paris, 1889.

taines données générales qui purent servir de bases d'appréciation.

Actuellement, on est parvenu, pour les affections médicales ou chirurgicales générales, à une évaluation à peu près exacte des lésions professionnelles. Il en est de même en spécialité pour les blessures oculaires. Par contre, rien ou presque rien n'existe, du moins en France, pour les accidents du travail concernant l'oreille.

Quelles sont les causes de cet oubli? On pourrait croire à l'extrême rareté des lésions auriculaires accidentelles. En réalité, ces blessures sont assez fréquentes. Ropke les évalue à 1,24 p. 100 des accidents. En nous renseignant auprès de plusieurs confrères exerçant dans les quartiers ouvriers et spécialisés, par la force des choses, dans le domaine des accidents professionnels, nous avons appris qu'on voyait environ 5 à 6 blessés auriculaires pour 500 à 600 accidents. Nous pouvons donc prendre 1 p. 100 comme moyenne des blessures atteignant l'oreille.

Nous avons appris en même temps pourquoi les accidentés sont très rarement soignés et expertisés pour leur oreille.

La plupart du temps la lésion de l'oreille n'est pas seule; elle accompagne un grand traumatisme crânien avec commotion cérébrale ou un traumatisme grave de la face, des membres supérieurs ou inférieurs. Le médecin et à plus forte raison le malade songe d'abord au plus important; l'oreille guérit ou se consolide toute seule. Également après consolidation, on évalue surtout les impotences fonctionnelles des membres et les symptômes cérébraux attribués à la commotion cérébrale, l'incapacité due à l'oreille n'est pas comptée en surplus.

D'un autre côté, quand les lésions de l'oreille demeurent isolées, elles sont parfois légères et incommodes peu le malade, insouciant de son audition diminuée. On sait combien d'ordinaire les demi-sourds et les otorrhéiques s'inquiètent peu de leur affection. Il en est de même pour les accidentés: l'ouvrier ne se sent pas atteint dans son état général; il délaisse tout traitement et reprend son travail. Il s'aperçoit plus tard de son infirmité, lorsque les troubles se

sont progressivement accentués; mais à ce moment on peut difficilement affirmer la relation entre l'accident et l'affection auriculaire.

Enfin dans les quelques cas où la lésion isolée de l'oreille donne à l'ouvrier un sujet d'inquiétude, il est rare que l'affaire vienne jusqu'au jugement du tribunal civil. Le juge de paix l'arrête parfois en déclarant que l'incapacité est seulement temporaire. Le président du tribunal surtout concilie le patron et l'ouvrier qui désire souvent avoir une rente rachetable par un capital. Or, les jugements et ordonnances de ces magistrats sont classés soigneusement dans les greffes, mais n'en sortent pas.

Pour toutes ces raisons, on trouve en France peu de documents de première main. Pour en tirer quelques indications précises, nous allons tout d'abord les réunir et les comparer entre eux. Les lois étrangères et surtout celles de l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, l'Italie, mises en vigueur avant la nôtre, nous fourniront ensuite plus ample moisson de renseignements.

A. Accidents du travail concernant l'oreille en France.

Nous possédons deux sources de documentation : les thèses, articles ou précis médicaux traitant des accidents du travail ; les recueils de jugements rendus sur la question qui nous intéresse.

1° THÈSES ET PRÉCIS MÉDICAUX.

Ils ne nous fournissent presque aucun renseignement. Quelques-uns, fort complets pour les autres accidents, ne parlent pas des traumatismes auriculaires. Nous les laisserons de côté (1).

Parmi les autres, la plupart se contentent de copier les pour-

(1) E. RAMÉ, *Étude au point de vue médical de la loi du 9 avril 1898*. Th. de méd., Paris, 1900-1901.

H. CONSTAN, *De la simulation et de l'évaluation des infirmités dans les accidents du travail*. Th. de méd., Montpellier, 1901-1902.

L. LESAGE et M. MABIRE, *Loi du 9 avril 1898. Taux des rentes allouées en matière d'infirmités permanentes*. Paris, Fontemoing, 1902.

centages étrangers, antérieurs à la loi française, ou les estimations de MM. Duchaufour et Desouches. Le précis de Ollive et de Le Meignan (1) adopte pour la surdité unilatérale le chiffre autrichien de 5 p. 100 et italien de 10 p. 100 comme minimum et maximum ; pour la surdité bilatérale complète, les chiffres de Becker, 50 p. 100 ; de la loi italienne, 40 p. 100 ; de l'Autriche, entre 30 et 40 p. 100 suivant les professions.

Pour Ch. Rémy (2), une oreille, au point de vue auditif, vaut 0 à 10 p. 100 ; deux oreilles, 10 à 50 p. 100.

Vibert reproduit les tableaux d'évaluation de Duchaufour pour la surdité et les vertiges survenus à la suite des traumatismes craniens ; ces vertiges, pour lui, finissent presque toujours par disparaître quand ils sont isolés. Leur durée varie de quelques semaines à quelques mois.

Aug. Pasquier (4) et Mousson-Lanauze (5), dans leurs thèses, réunissent les évaluations de Duchaufour. Il en est de même de Forgeue et Jeanbrau (6) dans leur traité.

GOLEBIEWSKY et P. RICHE, *Atlas manuel de médecine et de chirurgie des accidents*. J. Baillière, Paris, 1903.

THOINOT, *Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*. Doin, Paris, 1904.

G. BROUARDEL, *Les accidents du travail*. Paris, J. Baillière, 1908. (Actualités médicales.)

CH. PERIER, *Accidentés ; médecins ; assureurs*. Paris, Asselin, 1912. *Sur l'estimation de l'invalidité après les accidents du travail* (Rapport au Congrès international des Accidents du travail, VII^e session, Vienne, sept. 1905).

A. CASTEX, *La Médecine légale dans les affections de l'oreille ; Annales d'hygiène pub. et de médecine légale*, 1897, t. XXXVIII, p. 18 ; — *Bulletin de la Société française d'otologie*, 1897. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*. Paris, Baillière, 1907, p. 1144.

(1) G. OLLIVE, H. LE MEIGNAN, E. AUBINEAU, *Les accidents du travail ; médecine légale, jurisprudence*. Paris, De Rudeval, 1904, p. 487 et 488.

(2) CH. RÉMY, *L'Évaluation de incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps*. Paris, Vigot, 1906, p. 140.

(3) C. VIBERT, *Les Accidents du travail ; étude clinique et médico-légale des affections internes produites par ces accidents*, p. 473.

(4) AUG. PASQUIER, *Des Traumatismes de l'oreille dans les accidents du travail*. Th. de méd., Paris, 1905-1906.

(5) J. B. MOUSSON-LANAUZE, *A propos de la loi sur les accidents du travail. Le médecin et l'incapacité permanente partielle*. Th. de méd., Paris, 1901-1902.

(6) FORGUE et JEANBRAU, *Guide pratique du médecin dans les accidents du travail*. 2^e édition., Paris, 1909, p. 422.

Dorison (1), pour répliquer à un article de Berruyer, rapporte les estimations précédentes et conclut à 5 p. 100 pour la perte unilatérale d'ouïe, à 30-50 p. 100 pour la surdité bilatérale, Berruyer (2) avait estimé la perte totale à 20-30 p. 100, en se basant sur l'évaluation de la perte d'un œil.

Philip (3), à la fin de l'article qu'il consacre aux lésions de l'oreille chez les tubistes, dit seulement qu'on doit assigner à une affection labyrinthique ainsi produite une rente de 50 p. 100 si la surdité persiste totale et bilatérale, et qu'on doit considérer comme incapacité permanente absolue la persistance de vertige de Ménière.

L'un de nous (4) et son élève, V. Girod, dans sa thèse (5), font intervenir la réduction unilatérale de l'audition pour un chiffre de 4 à 8 p. 100 et évaluent la diminution de l'état d'équilibre à 15-20 p. 100 quand le déséquilibre est léger, à 60-80 p. 100, y compris la surdité, quand le déséquilibre est intense.

Enfin Imbert et Oddo (6), s'appuient surtout sur les estimations étrangères pour donner les chiffres suivants qu'ils adoptent : pour la perte du pavillon, 1 1/2 p. 100 (tribunal de la Seine); pour les otorrhées chroniques, 16 à 50 p. 100 (Wiener Schema); pour les surdités unilatérales, légères, 0; moyennes, 8 à 10 p. 100; complètes, 50 p. 100; pour la surdité moyenne d'un côté, complète de l'autre, 25 à 30 p. 100. Ils ne parlent pas de vertiges.

(1) DORISON, Réplique à l'article du Dr Berruyer sur les troubles de l'audition. A propos du pour cent (*Bulletin médico-chirurgical des accidents du travail*, 5 nov. 1909).

(2) BERRUYER, *La Médecine des accidents du travail*, avril 1909. Nous n'avons pu procurer cet article. — Il en est de même d'un article du Dr Matha paru dans la *Revue Clinique* du Dr Coureménos (1^{er} sept. 1906).

(3) M. PHILIP, Des accidents auriculaires chez les travailleurs de caissons (*Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, août 1907, p. 451).

(4) M. LANNOIS, L'Oreille et les accidents du travail (*Archives d'anthropologie criminelle et de méd. légale*, 15 mai 1911).

(5) V. GIROD, *L'oreille et les accidents du travail*. Th. de méd., Lyon, 1911-1912.

(6) L. IMBERT, C. ODDO, E. CHAVERNAC, *Accidents du travail. Guide pour l'évaluation des incapacités*. Paris, Masson, 1913.

2° RECUEILS DE JUGEMENTS OU JUGEMENTS ISOLÉS.

En présence des renseignements incomplets que nous donnait la bibliographie française, nous avons espéré trouver un nombre suffisant de jugements pour nous baser sur eux et donner quelques indications plus rationnelles. Notre espoir a été complètement déçu. Nous avons vu pourquoi les blessés de l'oreille n'allaient que rarement au delà des tribunaux de première instance. Quant aux grands recueils de jugements si compliqués et si touffus que leur lecture est un travail ingrat, ils n'ont été pour nous qu'un sujet d'ennui et ne nous ont rien livré d'utile. Cela se comprend un peu. Ces recueils sont faits pour des juristes et non des médecins; ce qui intéresse ceux-là, c'est de savoir si tel accident ou telle industrie est sous le domaine de la loi et si le dommage doit être réparé; l'estimation de ce dommage leur importe moins.

Nous avons parcouru ainsi le *Recueil de Sirey*, le *Recueil chronologique de Dalloz*, le *Recueil spécial des accidents du travail* de Villetard et Prunières, enfin les quatorze volumes de jurisprudence publiés par les soins du Ministère du travail. Voici les cinq jugements que nous avons trouvés et qui, souvent, ne donnent ni l'âge, ni la profession du blessé. Dans la plupart également, l'estimation de l'oreille est réunie à celle des autres dommages :

- 1° Profession non indiquée. — Surdité bilatérale presque complète. Maux de tête, vertige, dépression intellectuelle, diminution de la mémoire, ne peut se livrer à aucun travail. 75%¹
- 2° Profession non indiquée. — Diminution de l'acuité auditive et n'a retrouvé que dans une faible mesure la faculté de parler, de lire, d'écrire. A conservé la marche et les mouvements et peut encore gagner sa vie..... 80%²
- 3° Profession non indiquée. — Fracture du rocher et du tympan. Surdité droite complète. A cause de l'inertie volontaire de l'ouvrier à se traiter la rente est abaissée à..... 20%³

(1) *Recueil de documents sur les accidents du travail* réunis par le Ministère du travail. Paris, Berger-Levrault, n  9, Jurisprudence, III, nov. 1903, p. 88.

(2) *Id.*, n  9, p. 125.

(3) *Id.*, n  9, p. 250.

- 4° Profession non indiquée. — Surdité du côté droit avec affaiblissement du côté droit..... 25%¹
- 5° Profession non indiquée. — Diminution considérable de l'ou  ie à gauche avec audition antérieurement un peu diminuée à droite..... 12%²

Nous avons, d'autre part, trouvé plusieurs autres jugements dans le livre précieux que vient de faire paraître M. Zeys (3). Nous les avons classés suivant les troubles auditifs qu'ils évaluent.

1° Oreille externe :

- a) Plaies contuse derrière l'oreille gauche : disparition des signes d'hystéro-neurasthénie..... 5%⁴
- b) Très légère déformation de l'oreille gauche sans importance fonctionnelle..... 0%⁵

2° Surdité :

- a) Diminution unilatérale de l'ou  ie ; perforation de l'oreille gauche par une explosion. Chez un mécanicien..... 40%⁶
- b) Perte de l'ou  ie de l'oreille gauche et perte de l'œil gauche. Sculpteur..... 66%⁷
- c) Surdité. Mais due à la mauvaise volonté de l'ouvrier pour se soigner..... 0%⁸

3° Surdité avec complications :

- a) Surdité unilatérale droite par chute avec paralysie faciale et affection oculaire. Chez un contremaître..... 50%⁹
- b) Diminution de l'ou  ie à droite. Avec ankylose du bras droit et de plusieurs doigts de la main gauche ; troubles de la vision. Chez un électricien..... 100%¹⁰

(1) *Recueil spécial des accidents du travail*, par VILLETARD, DE PRUNIERES et CH. RÉMY, t. I, p. 351 (arrêt de la Cour d'Aix, 2 mars 1904).

(2) *Id.*, t. XI, p. 254 (arrêt de la cour d'appel de Paris, 11 juill. 1910).

(3) P. ZEYS, *La valeur du corps humain devant les tribunaux et les lois sur les accidents du travail en France*, Paris. 1912.

(4) Arrêt de la Cour d'Amiens. 25 juillet 1907.

(5) Jugement du tribunal de Sens, 25 juillet 1911.

(6) *Id.*, 18 décembre 1907.

(7) *Journal des audiences de la Cour d'Amiens*, 1902, p. 109 (arrêt du 9 juin 1902).

(8) Jugement du tribunal de la Seine, 9 juin 1908.

(9) *Moniteur judiciaire de Lyon*, 15 déc. 1902 (jugement du tribunal d'Avranches du 5 déc. 1903).

(10) *Jurisprudence de la Cour d'appel de Douai*, 1902, p. 124 (arrêt du 4 mars 1902).

- c) Surdité complète avec graves troubles cérébraux, incertitude dans la marche et impossibilité de faire autre chose que des travaux insignifiants. 90%¹
- 4^o *Surdité et vertiges* :
- a) Surdité et vertiges rendant tout travail impossible à un roulier. 100%²
- 5^o *Vertiges* :
- a) Chute avec commotion cérébrale chez un couvreur. Vertiges et éblouissements quand le blessé essaie de monter à une petite hauteur. 50%³

  côté de ces jugements divers nous possédons trois autres documents précieux, différant des précédents par la façon de concevoir les incapacités : les deux tableaux de conciliation de M. Duchauffour (4-5), les données fournies par M. Desouches (6), avoué au tribunal de la Seine.

Les premiers, comme le dit leur auteur, ont des estimations ordinairement supérieures à celles des tribunaux, parce qu'il s'est agi très souvent de concilier le plus vite possible les parties. Malgré cela ils nous sont utiles. Nous regrettons seulement qu'il ne s'y trouve pas davantage d'évaluations sur les troubles auditifs.

Dans son premier article, au chapitre : tête et colonne vertébrale, il donne les cas suivants :

LÉSIONS.	Professions.	Degré d'invalidité	Rentes.	Capital. de rachat.
—	—	—	—	—
1. Surdité d'une oreille et g�ne d'une épaule.	Cocher.	40%		

(1) *Journal des Arrêts de la Cour d'appel de Bordeaux*, 1910, I, p. 85 (arrêt du 1^{er} déc. 1909).

(2) *Id.*, 1908, I, p. 194 (arrêt du 30 oct. 1907).

(3) Jugement du tribunal de Senlis, 21 février 1906.

(4) A. DUCHAUFFOUR, évaluation des invalidités permanentes d'après les conciliations intervenues au tribunal civil de la Seine (*Annales d'hygiène publ. et de méd. légale*, 1902, t. XLVIII, p. 314).

(5) A. DUCHAUFFOUR, *Les Accidents du travail. Manuel de conciliation*. Paris, Baillière, 2^e  dit., 1906.

(6) G. DESOUCHES, Sur les accidents du travail. Projet d'évaluation de la diminution de valeur ouvrière (*Annales d'hygiène publique, etc.*, t. XLVIII, sept. 1902, p. 227).

LÉSIONS.	Professions.	Degré d'invalidité.	Rentes.	Capital de rachat.
2. Surdité d'une oreille..	Charpentier.	6%	70 fr.	1 000 fr.
3. Perte d'une partie de l'ouïe des deux oreilles.	Démolisseur.	6 1/2%	74 fr.	1 000 fr.
4. Demi-surdité d'une oreille.	Maçon	8 1/2%	76 fr.	1 000 fr.
5. Perte du pavillon d'une oreille.....	Charretier..	11 1/2%	10 fr.	200 fr.

Dans son *Manuel de conciliation*, qui porte sur l'année 1902-1903, il ajoute aux estimations des accidents précédents, portant surtout sur l'audition, celles des suivants qui ont plutôt trait aux vertiges :

LÉSIONS.	Professions.	Degré d'invalidité.	Rentes.	Capital de rachat.
1. Vertiges et syncope (fracture du crâne)....	Fumiste....	66 2/3%	900 fr.	»
2. Vertiges et surdité d'une oreille (fract. du crâne).	Charron....	61 2/3%	746 fr.	»
3. N�vropathie et surdité partielle (fract. crâne).	Employé...	50%	365 fr.	»
4. Vertiges (commotion cérébrale).....	Terrassier..	50%	450 fr.	»
5. Vertiges, tr. de la vision (fract. du crâne).....	Journalier..	47%	350 fr.	»
6. Paralytie faciale partiel- le (fracture du crâne)..	Couvreur...	9%	900 fr.	1 900 fr.
7. Vertiges et surdité d'une oreille (fr. du pariétal)..	?	84 1/3%	100 fr.	1 500 fr.
8. Vertiges très douteux après commot. c�r�br.	Charretier..	32 3/3%	27 fr.	536 fr.
9. Id., Id.	Coltineur...	2%	15 fr.	300 fr.
10. Id., Id.	Cocher.....	0%	»	600 fr.
11. Id., Id.	Cocher.....	0%	»	550 fr.
12. Surdité d'une oreille..	Cocher*....	4 1/2%	40 fr.	480 fr.

Les chiffres de M. Desouches sont basés sur les nombreux cas qu'il a suivis au tribunal de la Seine. Ils représentent,

LÉSIONS.	Professions.	Degré d'invalidité.	Rentes.	Capital de rachat.
----------	--------------	------------------------	---------	-----------------------

H. TROUBLES DE L'AUDITION, ISOLÉS.

a) Dureté unilatérale.

1. Demi-surdité d'une or. (Duchaufour)....	Maçon.....	8 1/2%	76 fr.	1 000 fr.
2. Diminution unilatérale de l'ouïe (Zeys) .	Mécanicien...	10%	»	»
3. Simple dureté unilatérale (Desouches)...	?	10%	»	»

b) Dureté bilatérale.

1. Perte d'une partie de l'ouïe des deux oreilles (Duchaufour)	Démolisseur..	6 1/2%	76 fr.	1 000 fr.
2. Simple dureté bilatérale (Desouches).....	?	20%	»	»
3. Surd. unilat. moyenne (Imbert et Oddo).....	?	8 à 10%	»	»

c) Surdité unilatérale.

1. Surdité d'une oreille (Duchaufour).....	Charpentier..	6%	70 fr.	1 000 fr.
2. Id., id.....	Cocher	4 1/2%	40 fr.	480 fr.
3. Diminut. considérable à gauche, la dr. ��tant diminuée antérieurement (Cour de Paris)	?	12%	»	»
4. Surdité droite complète (fract. du rocher) (Documents ministériels)	?	20%	»	»
5. Surdité unilat., mais due aux mauvais soins de l'ouvrier	?	0	»	»
6. Surdité unilatérale (Desouches)	?	15%	»	»

LÉSIONS.	Professions.	Degré d'invalidité.	Rentes.	Capital de rachat.
7. Surdité unilat. (Rémy)	—	0 � 10 %	»	»
8. Surdité unilatérale (Dorizon)	? ?	5 %	»	»
9. Surdité unilatérale complète (Imbert et Oddo)	?	40 � 45 %	»	»
10. Surdité unilatérale (Berruyer)	?	20 à 30 %	»	»

d) Surdité bilatérale.

1. Perte de l'ouïe bila- t�rale (Desouches) ...	?	35 %	»	»
2. Surdité bilat. (Rémy).	?	10 � 50 %	»	»
3. Surdité bilatérale (Do- rizon)	?	30 � 50 %	»	»
4. Surdité bilatérale complète (Imbert et Oddo)	?	50 %	»	»
5. Surdité compl. d'un côté et moyenne de l'autre (Imbert et Oddo)	?	25 � 30 %	»	»
6. Surdité totale et bila- t�rale (Philip)	Tubiste	50 %	»	»

III. TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE, ISOLÉS.

1. Vertiges très douteux apr. commot. c�r�- brale (Duchaufour) ..	Charretier ...	3 2/3 %	27 fr.	530 fr.
2. Id., id.	Coltineur	2 %	15 fr.	300 fr.
3. Id., id.	Cocher	0	»	600 fr.
4. Id., id.	Cocher	0	»	550 fr.
5. Vertiges (commotion cérébrale) (Duchauf- four)	Terrassier	50 %	450 fr.	»
6. Vertiges (Philip)	Tubistes	100 %	»	»

LÉSIONS.	Professions.	Degré d'invalidité.	Rentes.	Capital de rachat.
—	—	—	—	—

IV. PARALYSIE FACIALE ISOLÉE.

1. Partielle (après fract.
du rocher) (Duchauf-
four) Couvreur 9% 400 fr. 1 900 fr.

V. TROUBLES DE L'AUDITION ET DE L'ÉQUILIBRE RÉUNIS.

1. Vertiges et surdité
d'une oreille (fract. du
crâne) (Duchauffour). Charron 61 2/3% 740 fr. »
2. Vertiges et surdité
d'une oreille (fract. du
pariétal) (Duchauf-
four) ? 8 1/3% 400 fr. 1 500 fr.
3. Surdité et vertiges
rendant tout trav. im-
possible (Cour de Bor-
deaux) Roulier 100% » »

VI. TROUBLES DE L'AUDITION ASSOCIÉS A D'AUTRES
ACCIDENTS.

1. Perte de l'oreille g. et
de l'œil g. (Cour d'A-
miens) Sculpteur 66% » »
2. Surdité unilat. dr.
avec paralysie faciale
et affection oculaire
(Tribunal d'Avran-
ches) Contremaitre. 50% » »
3. Diminut. de l'ouïe à
dr., avec ankyl. du bras
dr. et de plusieurs
doigts de la main g.,
tr. de la vision (Cour
de Douai) Electricien... 100% » »
4. Surdité dr. avec affai-
blis. du côté dr. (Cour
d'Aix) ? 25% » »

5. Diminut. acuité auditive, mais n'a retrouvé que dans une faible partie le pouvoir de parler, d'écrire, lire (<i>Travail</i> , n° IX).....	?	80%	»	»
6. Surdité d'une or. et gène d'une épaule (Duchaufour).....	Cocher	40%	»	»
7. Surdité partielle, névropathie (Duchaufour).....	Employé.....	50%	365 fr.	»
8. Surdité complète avec graves tr. cérébraux et impossibilité de faire autre chose que des travaux insignifiants (Cour de Bordeaux).	?	90%	»	»

VII. TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE ASSOCIÉS A D'AUTRES ACCIDENTS.

1. Vertiges, tr. de la vision (fract. du crâne) (Duchaufour).....	Journalier ...	47%	350 fr.	»
2. Vertiges et syncopes (fracture du crâne) (Duchaufour).....	Fumiste	66 2/3%	900 fr.	»
3. Vertiges avec surdité bilatérale presque complète, maux de tête, pression intellectuelle, diminut. de la mémoire. Ne peut se livrer à aucun travail (<i>Travail</i> , n° IX)	?	75%	»	»

B. Les accidents concernant l'oreille en Allemagne.

L'assurance accidents est différente en plusieurs points de la loi française (1). Tout d'abord elle est obligatoire et elle

(1) M. BELLOM, *Les Lois d'assurance ouvrière à l'étranger*, 1895-1906, 6 vol.

SAUVAIRE-JOURDAN, *L'Assurance obligatoire en Allemagne*, 1894.

a pour base la mutualité corporative. Tous les patrons sont obligés de se réunir en corporations, contrôlées par l'État sous la forme d'un tribunal arbitral, l'Obersversicherungsamt, et de l'Office impérial, le Reichsversicherungsamt. Chaque profession forme ainsi une corporation et c'est le Conseil d'administration de la corporation qui est le premier juge, parfois le seul, de l'accident. Il est saisi de l'affaire par le chef d'industrie, obligé à la déclaration dans les quarante-huit heures. Il ouvre une enquête et il fixe alors le taux de l'indemnité. On voit donc que le médecin joue en Allemagne un rôle très effacé pour l'examen du blessé et l'évaluation de l'incapacité de début.

Seconde différence, il n'existe pas d'incapacité temporaire ou permanente. Pendant les treize premières semaines, le blessé est à la charge de l'assurance-maladie, obligatoire, on le sait, comme l'assurance-accident; après la treizième semaine, il dépend de la caisse de l'assurance-accident, et on lui assigne une rente. On demande au médecin non pas de dire si l'incapacité est permanente, mais de fixer, à ce moment, la réduction de la capacité de travail. Le chiffre de la rente est basé sur cette déclaration, mais il n'est pas fixe et peut être toujours revisable. En cas d'incapacité absolue, l'ouvrier touche la pleine rente (Vollrente), égale aux deux tiers de son gain annuel; en cas d'incapacité partielle, il ne touche qu'une fraction, proportionnée de cette pleine rente⁽¹⁾ et non du gain annuel, ce qui explique pourquoi les pourcentages allemands sont souvent plus élevés que les nôtres.

Il existe ainsi en Allemagne une centralisation rigoureuse, qui permet de réunir plus facilement tous les documents

G. DE L'HÔPITAL, *L'Assurance contre les accidents du travail en Allemagne*. Th. de droit, Paris, 1903-1904.

M. OUDOT, *L'Assurance obligatoire contre les accidents en Allemagne*. Th. de droit, Paris, 1904-1905.

P. CHARMONT, *Lois d'assurances sociales et ouvrières allemandes. Établissements thérapeutiques créés par les Caisses d'assurances en Allemagne*. Lyon, Stork, 1903.

(1) *Rechtsversicherungsordnung nebst Einföhrungsgesetz vom 19 Juli 1911*. Berlin, F. Vahlen, 1912, p. 136.

concernant les accidents du travail. Comme la loi date du 6 juillet 1884, on devrait facilement trouver des renseignements sur les accidents du travail et l'oreille.

En réalité, les nombreux médecins ou otologistes qui se sont occupés de la question rapportent des estimations très divergentes, parfois simplement quelques chiffres, pour les troubles de l'audition seulement. D'autre part, comme documents juridiques de première main, comparables à ceux de Duchaffour et Zeys en France, Passow nous fournira plusieurs tableaux dus au Reichsversicherungsamt ou Office impérial des assurances.

Nous donnerons, à la fin, un tableau d'ensemble comme nous l'avons fait pour la France.

1° THÈSES ET PRÉCIS MÉDICAUX.

Le premier en date, Kaufmann (1), qui relate également la jurisprudence suisse, parle seulement de la surdité bilatérale, qu'il évalue de 50 à 70 p. 100

Baehr (2) a réuni dans un opuscule un nombre considérable de chiffres d'invalidité, en résumant les évaluations des assurances privées et publiques en Allemagne, ainsi que les estimations autrichiennes et italiennes dont nous nous occuperons plus loin. Malheureusement, il existe peu de documents sur l'oreille et ces documents ne sont pas discutés.

Parmi les vingt-trois assurances privées dont les décisions ont précédé les évaluations officielles et que Baehr cite (p. 16), une seule, la Providentia, de Francfort, donne 25 p. 100 pour une surdité unilatérale et 65 p. 100 pour une bilatérale.

Dans les tables d'estimation des douze corporations (Berufsgenossenschaften) officiellement établies qu'il cite, on n'en trouve pas une seule se rapportant à la perte de l'ouïe.

Il rapporte également les évaluations d'autres médecins ; de Blasius et de Riedinger qui ne parlent pas de l'oreille ; de

(1) C. KAUFFMANN, *Handbuch der Unfallverletzungen*, 2^e édit., 1897. Stuttgart, Enke.

F. BAERH, *Rentensätze für glatte Schäden in privater und obligatorischer Unfallversicherung*, Karlsruhe, J. J. Reiff, 1899.

Bode qui donne 10 p. 100 pour une surdité unilatérale, jusqu'à 50 p. 100 pour la même surdité unilatérale mais accompagnée de troubles durables et intenses reliés à une affection chronique de l'oreille interne, jusqu'à 75 p. 100 pour une surdité bilatérale.

Lui-même à la fin de son livre donne les estimations suivantes, après avoir discuté les précédentes: perte unilatérale de l'ouïe 10 p. 100; perte bilatérale 50 p. 100.

Becker (1), dont nous avons lu seulement la traduction, donne simplement un chiffre, celui de 50 p. 100, pour évaluer la surdité bilatérale.

Röpke (2) ne donne pas de chiffre spécial.

Schwartz (3) donne au contraire une classification assez minutieuse des troubles de l'ouïe, d'après la distance à laquelle on perçoit la voix de conversation :

Au-dessous de 1 mètre.....	25 %
Entre 1 mètre et 5 mètres.....	22 %
Entre 5 mètres et 10 mètres.....	11 %
Entre 10 mètres et 20 mètres.....	5 %

Il faut arriver jusqu'au traité important de Thiem sur les accidents du travail (4) pour avoir d'importants documents ; il consacre 50 pages aux blessures et maladies de l'oreille. Ce chapitre a été écrit par Passow, qui avait déjà fait paraître une monographie importante sur le même sujet (5).

(1) L. BECKER, *Les accidents du travail (Guide du médecin expert)*, traduit d'après la 4^e édition allemande par L. Gallez et C. Moreau. Bruxelles, 1903.

(2) F. RÖPKE, *Die Unfallverletzungen des Gehörorgans und die procentuale Abschätzung der durch die herbeigeführten Einflüsse an Erwerbsfähigkeit in Sinne des Unfallversicherungsgesetzes* (Verhandl. der deutsch. otol. Gesellschaft, Jena, 1902).

(3) SCHWARTZ, *Die Abschätzung des Erwerbsfähigkeits Verlustes welcher durch Verletzung der Gehörorgane herbeigeführt ist, im Sinne des Unfallgesetzes* (*Monats. für Unfallheilkunde*, 1894, p. 357).

(4) C. THIEM, *Handbuch der Unfallkrankungen*. F. Enke, Stuttgart, 1910. — *Verletzungen und Erkrankungen des Gehörorgans*, Band 14, t. I, p. 543.

(5) A. PASSOW, *Die Verletzungen des Gehörorgans*. Bergmann, Wiesbaden, 1905.

Passow a réuni à la fin de son chapitre des tableaux de cas très nombreux collectionnés par le Reichsversicherungsamt, soit pour les accidents agricoles (dans l'année 1901), soit pour les accidents industriels (dans l'année 1897). Malheureusement il n'en tire pas de conclusions très précises; il se défend même de donner des indications pouvant servir aux estimations ultérieures, et trouve le schéma de Schwartz inutile et dangereux (gefährlich und unzweckmässig).

Ce sont les chiffres de Thiem (1) qu'il reprend, chiffres donnés pour des dommages bien définis.

Dureté moyenne unilatérale.....	0	
— — bilatérale.....	10	%
— forte unilatérale.....	16	%
— — bilatérale..... jusqu'à	40	%
Surdité unilatérale..... —	20	%
— bilatérale..... —	50-60	%

Pour définir ces catégories, il se contente à la même page (p. 568) d'indiquer comme points de repère les mesures suivantes qu'on emploie dans la vie militaire: dans la dureté faible d'ouïe, la voix chuchotée est perçue au-dessus de 1 mètre et au-dessous de 4 mètres; dans la dureté forte, elle est perçue au-dessous de 1 mètre. La surdité, pour lui, existe lorsque le pouvoir auditif est si minima qu'il n'a pas de valeur pratique pour le malade.

Il estime toutefois qu'on doit tenir compte des phénomènes subjectifs, tels que bourdonnements et céphalées, qui ne sont pas relatés dans la table de Thiem. Pour les troubles de l'équilibre accompagnant les troubles auditifs, il demande comme Thiem qu'on élève dans ce cas la rente de 20 à 30 p. 100.

Nous allons donner une partie des quatre tableaux d'accidents que Passow a réunis. Nous ne publions pas les premier et dernier, qui comportent un petit nombre de cas, presque tous compliqués. Dans les deux autres, nous n'avons gardé que les observations se rapportant à des blessures auriculaires isolées; celles, en effet, où d'autres lésions plus importantes

(1) *Loc. cit.*, Band I, p. 132. Rentensätze bei glatten Schäden.

sont associées aux lésions de l'oreille, ne peuvent nous servir et allongeraient inutilement notre travail.

2° DOCUMENTS JURIDIQUES DE L'OFFICE IMPÉRIAL.

Tableau de 45 accidents réunis par le Reichsversicherungsamt pendant l'année 1901 (Accidents agricoles).

ACCIDENTS INTÉRESSANT L'OREILLE SEULE (31 observations).

1° Diminution d'ouïe unilatérale :

1. Bûcheron....	»	Blessure du tympan g. par branche.	25%
2. Aide-bûcher..	46 ans.	— du tympan dr. par un épi d'herbe	15%
3. Journalier...	30 ans.	— oreille gauche par épi de blé	20%
4. Val. de ferme.	25 ans.	— oreille gauche par épi de blé	10%
5. Entrepreneur.	46 ans.	— à dr. par épi de paille..	15%
6. Domestique..	25 ans.	— à g. par foin	12%
7. Journalier...	35 ans.	— à dr. par épi de blé...	20%
8. Moissonneuse.	53 ans.	— à g. par épi de paille..	10%
9. Berger	28 ans.	— à g. par épi d'herbe...	25%
10. Journalier...	49 ans.	— à dr. par épi de paille..	25%
11. Ouvrier. ...	50 ans.	— à g. par épi de blé....	10%
12. Entrepreneur.	54 ans.	— à dr. par épi de blé....	10%
13. Bûcheron....	39 ans.	Commotion cérébrale et blessure du tympan gauche	15%
14. Entrepreneur.	65 ans.	Fract. du crâne par suite de chute.	20%
15. Servante	29 ans.	Perforation du tympan gauche par coup de corne	15%
16. Servante	66 ans.	Perforation du tympan droit par choc contre le menton	20%
17. Entrepreneur.	31 ans.	Rupture du tympan g. par chute.	30%
18. Propriétaire.	52 ans.	Déchirure du tympan g. par chute.	30%
19. Servante	21 ans.	Déchirure du tympan g. par chute.	12%
20. Entrepreneur.	28 ans.	Blessure du tympan dr. par choc.	20%
21. Entrepreneur.	29 ans.	Chute. Contusion et hémorragie de l'oreille droite	36%

2° *Surdité unilatérale :*

- | | | | |
|-------------------|---------|---|-----|
| 1. Journalier... | 46 ans. | Chute d'une échelle; surdité droite. | 50% |
| 2. Val. de ferme. | 21 ans. | Blessure à la tête à la suite d'éclatement d'une locomobile; surd. dr. | 25% |
| 3. Valet..... | 38 ans. | Chute d'ungrenier; surdité gauche. | 15% |
| 4. Travailleur.. | 51 ans. | Chute d'une voiture; fract. de la base du crâne; surdité dr., vertiges, perte de mémoire..... | 50% |

3° *Diminution d'ouïe bilatérale :*

- | | | | |
|-------------------------------|---------|---|-----|
| 1. Manœuvre... | 59 ans. | Chute d'une échelle; fracture du crâne; destruction du tympan. | 75% |
| 2. Journalier... | 77 ans. | Chute de voiture..... | 20% |
| 3. Entrepreneur. | 83 ans. | Chute d'une échelle; surdité ancienne aggravée..... | 20% |
| 4. Conducteur de travaux..... | 45 ans. | Renversé par une vache; contusion du crâne, blessure du tympan. | 25% |

4° *Surdité d'un côté et diminution de l'ouïe de l'autre :*

- | | | | |
|--------------|---------|--|------|
| 1. Aide..... | 50 ans. | Chute en arrière; surdité droite, diminution à gauche..... | 100% |
|--------------|---------|--|------|

5° *Surdité bilatérale*

- | | | | |
|-----------|---------|--|-----|
| Aide..... | 45 ans. | Chute de voiture qui a écrasé la tête; otite moyenne et méningite... | 50% |
|-----------|---------|--|-----|

Tableau de 28 cas réunis par le Reichsversicherungsamt pendant l'année 1897. (Accidents industriels.)

ACCIDENTS INTÉRESSANT L'OREILLE SEULE

1° *Diminution d'ouïe unilatérale (13 cas).*

- | | | |
|-------------------------|---|-----|
| 1. Métallurgie(mouleur) | Brûlure par du métal en fusion; blessure du tympan droit..... | 40% |
| 2. Mineur..... | Choc par une benne; contusion de l'occipital..... | 40% |

3. Industr. chimique..	Brûlure par eau acidulée bouillante; blessure du tympan droit.	13 1/3 %
4. Mineur.....	Chute d'un échafaudage; hémorragie de l'oreille droite.....	15 %
5. Mineur.....	Contusion de la tête par choc....	15 %
6. Mineur.....	Contusion de la tête à droite par pierre.....	20 %
7. Mineur.....	Chute de voiture; contusion de la tête	20 %
8. Mineur.....	Contusion du front et blessure à la tête par chute d'une pierre....	20 %
9. Mineur.....	Déchirure du tympan par chute d'une pierre.....	20 %
10. Mines (conducteur).	Chute de voiture; blessure à la tête.	20 %
11. Commissionnaire...	Contusion de l'oreille.....	25 %
12. Mineur.....	Contusion de la tête par chute d'une pierre.....	30 %
13. Mineur.....	Blessure du crâne par choc (barre de fer).....	40 %

2° *Surdité unilatérale* (40 cas).

1. Industrie textile....	Chute de voiture; blessure du front.	15 %
2. Mineur.....	Choc d'une barre de fer.....	20 %
3. Construction.....	Chute; fracture du crâne	20 %
4. Mineur.....	Fracture du rocher.....	25 %
5. Industrie du papier.	Chute d'une pierre; bless. à la tête.	25 %
6. Métallurgie.....	Chute d'un morceau de bois; blessure au front.....	33 1/3 %
7. Construction.....	Chute; fracture du crâne.....	33 1/3 %
8. Mineur.....	Chute; contusion cérébrale grave.	40 %
9. Métallurgie.....	Blessure par marteau-pilon; contusion du maxill. sup.; fracture du crâne et commotion cérébrale..	40 %
10. Mineur.....	Blessé par fil de fer; blessure du tympan et de l'or. moyenne g.	50 %

3° *Diminution bilatérale.*

1. Employé de gaz....	Eclatement d'une chaudière; surdité avec bourdonnements....	20 %
-----------------------	---	------

2. Cuisin. sur paquebot. Séjour dans eau pendant naufrage;
inflammation de l'oreille moy. 30 %
3. Mineur..... Chute de voiture; frac. du crâne. 33 1/3 %

4° *Surdité d'un côté et diminution de l'autre.*

1. Chauffeur de train.. Brûlure par eau bouillante par rup-
ture de manomètre; blessure des
deux oreilles..... 50 %
2. Mineur..... Chute d'un échafaudage; fracture
de la base du crâne 50 %

Quand on parcourt ces observations de l'Office impérial, on s'aperçoit qu'on peut difficilement, plus encore qu'en France, en tirer quelques appréciations moyennes. Les accidents réunis par Passow sont en effet estimés d'une manière excessivement variable : on reste étonné de cette différence d'évaluation, et on comprend pourquoi Passow n'a pas voulu lui fournir de conclusions précises.

Si l'on veut délaissier les accidents auriculaires associés à d'autres lésions, on voit toutefois :

Que la diminution unilatérale d'ouïe n'est pas évaluée au-dessous de 10 p. 100 et qu'on l'évalue jusqu'à 40 p. 100;

Que la surdité unilatérale va de 15 à 50 p. 100;

Que la diminution bilatérale est estimée à 20 p. 100 et au-dessus;

Que la surdité bilatérale, et même la surdité d'un côté avec diminution de l'autre côté, est évaluée au moins à 50 p. 100;

Que les troubles de l'équilibre ne sont pas envisagés;

Que le pourcentage dans les accidents industriels est plus fort (surtout chez les mineurs) que dans les accidents agricoles.

On remarquera que toutes ces estimations sont particulièrement élevées si on les compare aux françaises. Peut-être faut-il en chercher la cause dans ce fait que la proportion de réduction ouvrière ne porte pas comme en France sur le salaire plein, mais sur la « Vollrente », qui est elle-même égale seulement aux deux tiers du salaire.

3° TABLEAU D'ENSEMBLE.

En rapprochant tous les travaux allemands, on peut faire le tableau suivant :

1° *Troubles de l'ouïe.*

Durété d'une oreille.	Au-dessus de 10 % Reichsversicherungsamt.
— —	0 % Thiem, si légère; 40 % Thiem, si forte.
Surdité d'une oreille.	10 % Thiem; 10 % Baehr; 10 % Bode.
— —	Au-dessus de 15 % Reichsversicherungsamt.
Durété des deux oreilles.	40 % Thiem, si légère; jusqu'à 40 % Thiem, si forte.
— —	20 % au moins Reichsversicherungsamt.
Surdité des deux oreilles.	50 à 60 % Thiem; 50 % Baehr.
— —	Au moins 50 % Reichsversicherungsamt.
— —	75 % Bode.
— —	50 à 75 % Kaufmann.

2° *Troubles de l'équilibre.*

Pourcentage de la surdité augmenté de 20 à 30 % si elle s'associe à des troubles de l'équilibre (Thiem, Passow).

Les autres auteurs et les documents de l'Office impérial n'en parlent pas.

C. *Les accidents du travail et l'oreille en Autriche.*

En Autriche l'assurance accidents est presque calquée sur la loi allemande (1). L'assurance est obligatoire également et repose aussi sur l'assurance corporative; toutefois, au lieu de diviser le pays en professions, on l'a divisé en districts où sont réunies toutes les industries de la même province. C'est ce conseil provincial qui fixe en premier ressort l'indemnité due pour l'accident.

Pendant les treize premières semaines, l'incapacité de

(1) MENZEL, *Die Arbeiterversicherung nach österreichischem Rechte*. Leipzig, 1893. La loi autrichienne date du 28 décembre 1887; elle a été complétée par les lois du 18 mai 1894 et surtout du 8 février 1909.

l'ouvrier n'est pas estimée par les médecins. Après la treizième semaine, on conclut à la permanence de l'invalidité et on lui attribue une rente après expertise médicale. Cette rente, détail curieux, ne sera pas revisée; si bien qu'on voit, comme le dit Alt, des sourds d'une oreille par accident n'avoir pas d'augmentation de leur rente si l'oreille bonne vient à être détruite par une suppuration ultérieure. L'incapacité absolue donne une rente de 60 p. 100; dans l'incapacité partielle, la rente se monte à la moitié du pourcentage de l'invalidité.

On a cherché très rapidement en Autriche à fournir, pour tous les dommages, des bases d'appréciation. L'*Arbeiterunfallversicherungsanstalt für Niederösterreich in Wien* s'est à plusieurs reprises occupé de réunir des moyennes d'estimation. Ses diverses commissions ont abouti au tableau, appelé *Wiener Schema*, qui donne de très nombreux pourcentages en rapport avec le gain annuel. Ce *Schema* est transcrit dans l'ouvrage allemand de Baehr, où nous l'avons pris. Il faut savoir que l'évaluation est faite pour les ouvriers qui sont « nichtqualifiziert », c'est-à-dire qui ne sont pas encore entrés dans une corporation; pour les « qualifiziert » le chiffre peut être plus élevé.

Dans les affections de l'oreille, le *Wiener Schema* donne les huit indications suivantes :

1. Perte du pavillon.....	5%
2. Surdité unilatérale complète.	5% à élever jusqu'à 10 et 30% pour les « qualifiziert ».
3. Dureté unilatérale moyenne.	0% à dédommager pour cer- tains « qualifiziert ».
4. Dureté unilatérale légère....	0%
5. Surdité bilatérale complète.	30-45%
6. Dureté bilatérale moyenne..	0-5%
7. Dureté bilatérale légère....	0%
8. Otorrhée chronique.....	10-30%

On peut y ajouter les deux indications suivantes, qu'on trouve à l'article « tête », pour évaluer les vertiges :

1. Céphalée persistante, vertiges, état nauséeux, d�bi- lit� générale à la suite de commotion cérébrale....	50 %
--	------

2. Céphalée, vertiges, épistaxis; ne peut pas supporter les mouvements d'oscillation ou d'inclination..... 30 %

Les otologistes autrichiens se sont également occupés de la question des accidents du travail concernant l'oreille. A la Société autrichienne d'Otologie, en 1910, Alt (1), Hammerschlag (2), Frey (3) et Ruttin (4) furent chargés d'établir quatre rapports sur divers points de ce sujet, rapports qui ont été publiés complètement dans le *Monatschrift*.

Alt s'est occupé de la question au point de vue général et donne en résumé les estimations suivantes :

1° La perte partielle ou totale du pavillon ne donne pas de diminution de l'ouïe, mais peut quand même être estimée à 10 p. 100 chez l'homme et à davantage chez la femme.

2° Les lésions du conduit auditif externe ne sont ordinairement pas isolées.

3° Les suppurations de l'oreille sous la dépendance des accidents sont très délicates à estimer parce qu'il est très difficile de savoir si elles ont été causées ou seulement augmentées par le traumatisme. Suivant qu'elles ont touché l'oreille moyenne ou l'antre, qu'elles s'accompagnent de vertiges et de bourdonnements, on peut les estimer de 15 à 50 p. 100.

4° Les troubles de l'ouïe sont divisés en :

- | | |
|---|-----------|
| a) Dureté unilatérale ou bilatérale légère (voix chuchotée perçue à 6 mètres)..... | 10 à 15 % |
| b) Dureté unilatérale moyenne (voix haute à 8 mètres et voix chuchotée à 2 mètres) avec ouïe normale de l'autre côté..... | 0 |

(1) F. ALT, Die Begutachtung der Unfallserkrankungen des Gehörorgans bei den Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 1910, n° 8, p. 952).

(2) VICT. HAMMERSCHLAG, Einige Details der Unfallbegutachtung bei Eisenbahnangestellten (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 1910, n° 8, p. 958).

(3) HUGO FREY, Die Begutachtung der Unfallverletzungen des Gehörorgans bei Versicherten der Privatversicherungsgesellschaften (*id.*, p. 962).

(4) ERICH RUTTIN, Die Begutachtung dauernder Folgen der Verletzungen des inneren Ohres (*id.*, p. 969).

c) Surdité unilat. totale ou presque (l'autre oreille saine).....	10 à 15 %
d) Dureté bilatérale moyenne.....	40 %
e) Dureté bilatérale forte.....	40 à 20 %
f) Surdité bilatérale totale.....	30 à 60 %

A leur sujet, Alt dit que l'estimation doit varier suivant la profession et suivant la qualité de l'ouvrier. Il donne 10 p. 100 au blessé moyennement dur d'une ou même des deux oreilles, parce que ce dernier aura ultérieurement plus de peine qu'un autre à se placer; en théorie, cette dureté d'ouïe ne diminue pas du tout la capacité professionnelle.

5  Dans les blessures intéressant l'oreille interne, il faut considérer, pour l'évaluation de l'invalidité, les vertiges et les bourdonnements. Alt estime la présence des premiers plus gênante que la surdité. Pour lui, ils entraînent souvent une incapacité temporaire absolue. L'incapacité permanente peut aller de 10   50 p. 100 suivant la profession. Quant aux bourdonnements, on ne peut en tenir compte s'ils sont légers; s'ils sont intenses, gênant le sommeil et donnant le dégoût du travail, on peut les estimer à 10-15 p. 100.

Le rapport d'Hammerschlag s'occupe des employés de chemins de fer. Cette profession prédispose aux accidents de l'oreille. D'autre part, les lésions auriculaires ont plus d'importance chez ces ouvriers que chez les autres : la surdité unilatérale leur enlève l'orientation des sons qui leur est indispensable. Aussi les accidents touchant l'oreille doivent-ils être estimés plus fortement que dans les autres professions. Hammerschlag se plaint que l'examen d'admission de ces employés n'est pas toujours fait par un auriste; il arrive que l'accidenté, fort de cet examen d'entrée, rapporte à un traumatisme minime des lésions d'oreille probablement antérieures.

Les estimations des Sociétés privées d'assurances, que donne Frey dans son rapport, sont sensiblement les mêmes que celles de Alt. Pour les troubles de l'ouïe, il envisage en plus les associations de surdité des deux oreilles.

Une oreille :

Dureté moyenne (voix chuchotée perçue jusqu'à 4 mètres) ..	5 %
— forte (voix chuchotée perçue au-dessus de 4 mètres comme limite supérieure; voix haute jusqu'à 2 mètres comme limite inférieure)	40 %
— intense ou surdité (voix haute perçue au-dessus de 2 mètres)	20 %

Deux oreilles :

Bilat. moyenne	45 %	Moyenne et forte	25 %
— forte	30 %	Moyenne et intense	35 %
— intense ou surdité	50 %	Forte et intense	40 %

Les préjudices, dit l'auteur, sont additionnés entre eux et augmentés de 5 p. 100 si aucun n'atteint 10; de 10 p. 100 si l'un atteint 10.

Enfin, en cas de troubles vestibulaires, on augmentera le pourcentage de 5 à 15 p. 100.

Le rapport de Ruttin porte uniquement sur les lésions de l'oreille interne. Aussi, après avoir donné les chiffres du *Wiener Schema*, insiste-t-il plus que tous les auteurs précédents sur les troubles de l'équilibre. D'après son observation clinique, il classe les vertiges dans les incapacités permanentes sérieuses; pour lui, on doit les estimer plus fortement que la surdité unilatérale totale, à 20 et 30 p. 100 au moins. A ce pourcentage s'ajoutera celui qu'on donne aux troubles de l'ouïe, lorsque ces derniers leur seront associés.

TABLEAU D'ENSEMBLE.

En réunissant les diverses estimations des auteurs autrichiens, on voit que leurs chiffres sont sensiblement les mêmes que les chiffres allemands, tout en étant cependant moins forts pour les troubles légers. Le *Wiener Schema*, lui aussi, ne prend pas en considération les diminutions moyennes même bilatérales de l'audition. On peut les résumer ainsi :

1^o Troubles de l'ouïe.

Duretés unilatérales ou bilat. légères ou moyennes (voix chuchotée au-dessus de 2 mètres).....	0 ou 5 %
Surdité unilatérale ou dureté intense.....	10 à 15 %
Surdité bilatérale (Alt).....	30 à 60 %
— — (Wiener Schema).....	30 à 45 %
— — (Frey).....	50 %

2^o Troubles de l'équilibre.

Le pourcentage sera augmenté de 20 à 30 % (Ruttin), l'incapacité allant jusqu'à 50 % (Alt et Wiener Schema).

3^o Bourdonnements.

40 à 45 % dans certains cas (Alt).

D. Les accidents du travail et de l'oreille en Italie.

La loi italienne date du 17 mars 1898 et a été amendée par celle du 31 janvier 1904. Elle a été suivie d'un règlement publié dans la *Gazzetta ufficiale* du 15 avril 1904. C'est dans le titre VIII de ce dernier qu'on donne l'évaluation et le paiement des invalidités.

En Italie, en effet, on a établi officiellement, dès 1898, des chiffres fixes pour l'estimation des dommages causés. Pour l'oreille, on trouve dans l'article 95 du Règlement ci-dessus, parmi les références de l'invalidité permanente partielle, le chiffre suivant :

Surdité complète d'une oreille..... 40 %

Il n'existe pas d'autre estimation pour les troubles de l'audition ou de l'appareil vestibulaire. A la fin de l'article 95 précédent, on trouve seulement quelques règles, pour la perte de plusieurs organes ou de la portion d'un organe, qu'on peut adapter à l'oreille. Il y est dit que : « En cas de perte de plusieurs membres ou de plusieurs organes, la réduction de

salaire doit être déterminée suivant les cas particuliers, en tenant compte de combien a été diminuée effectivement l'aptitude de l'ouvrier au travail et en suivant, si possible, les règles indiquées pour les lésions uniques. Quand les membres ou organes sont devenus partiellement utilisables, la réduction de salaire se détermine sur la base de réduction donnée pour la perte complète, proportionnellement au degré d'incapacité, mais sans la rendre inférieure à 5 p. 100.

Voilà pour le texte officiel de la loi.

Les otologistes italiens se sont occupés à plusieurs reprises des lésions auditives dans les accidents du travail. Ils en ont fait le sujet de communications ou de rapports aux Congrès de la Société Italienne, avant et après les modifications dues à la loi du 31 janvier 1904.

En 1903, Della Vedova fit une communication à la Société Italienne (1) et, en 1904, publia une brochure sur la même sujet (2).

En 1908, Ostino fut chargé d'un rapport (3).

Parmi les autres auteurs, le travail le plus important qui se rapporte aux accidents professionnels de l'oreille est celui de De Cigna (4).

Dans tous ces travaux, les auteurs trouvent parfaitement juste l'estimation de 10 p. 100 pour la surdité complète d'une seule oreille ; ils regrettent toutefois que ce chiffre, un peu trop fort pour quelques professions, soit bien trop faible pour certaines autres. Ils regrettent surtout que la loi n'ait pas envisagé le cas où la surdité accidentelle atteint la seule oreille bonne que possédait l'ouvrier avant l'accident.

Pour la surdité bilatérale, non estimée, ils pensent que le dernier paragraphe, donné plus haut, sur la perte de

(1) T. DELLA VEDOVA, *Lesioni professionali e traumatiche dell'orecchio* (Communic. au Congrès otologique de Rome, 1903).

(2) T. DELLA VEDOVA, *Le Lesioni traumatiche dell'orecchio negli operai anche in rapporto alla nuova legge per gli Infortuni sul Lavoro*. Milan, Rancati, 1904.

(3) G. OSTINO, *Perizie medico-legali nelle lesioni auricolari da Infortunio sul lavoro* (Atti del Congresso otol., Torino, 1908).

(4) DE CIGNA, *Traumi del Labirinto*. Genova, Olivieri, 1909.

plusieurs organes, permet à l'auriste de l'apprécier assez largement.

Pour la diminution partielle de l'ouïe d'un côté, le dernier alinéa du paragraphe déjà cité permet toutes les estimations. De Cigna (1) propose les chiffres suivants :

Voix chuchotée perçue vers 3 à 4 mètres; réduction :	5 %
— — — 2 à 3 mètres; —	6 %
— — — 1 à 2 mètres; —	7 %
— — — 1/2 à 1 mètre; —	8 %
— — — 0 à 1/2 mètre; —	9 %

Le même auteur dit également que si la voix chuchotée est perçue au delà de 4 mètres, le dommage causé ne peut créer d'incapacité.

Pour les vertiges, que la loi italienne n'envisage pas, tous les auteurs dont nous parlons reconnaissent qu'ils sont un reliquat fréquent d'affections traumatiques touchant l'oreille interne et qu'il faut les considérer comme la cause d'incapacité partielle et même absolue. Della Vedova rapporte à ce sujet dans son opuscule (2) un arrêt de la Cour d'appel de Cagliari, évaluant à 50 p. 100 l'invalidité résultant de troubles vertigineux avec phénomènes épileptiformes. De Cigna pense même que les troubles d'orientation et d'équilibre, suffisamment graves pour empêcher n'importe quel travail en position debout, doivent être regardés comme une incapacité absolue.

Enfin Ostino, à la fin de son rapport, s'élève contre les difficultés que rencontre l'expert pour estimer certains troubles auditifs dus aux accidents professionnels. Il conclut : qu'on fasse un examen objectif et fonctionnel de l'oreille dans tous les traumatismes portant sur la tête, aussitôt après l'accident; que cet examen et les suivants, expertises ou autres, soient confiés à un spécialiste, et que ce dernier ait le droit d'examiner le blessé dans un service d'hôpital ou une clinique.

(1) DE CIGNA, *loc. cit.*, p. 163.

(2) DELLA VEDOVA, *loc. cit.*, p. 43.

(3) DE CIGNA, *loc. cit.*, p. 160.

E. Les accidents du travail concernant l'oreille en Belgique.

La loi belge date du 24 décembre 1903. Elle n'est pas fondée sur l'obligation, mais sur l'option entre les diverses formes d'assurances. Au point de vue médical, elle laisse comme la loi française toute latitude au juge pour estimer la valeur des incapacités permanentes (1).

On a cherché comme en France à établir quelques bases d'estimation. A cet égard, le traité du Dr Poëls (2) est vraiment remarquable. Son auteur a pu réunir toutes les incapacités permanentes, réglées, depuis l'application de la loi, par les diverses assurances belges agréées par le gouvernement; les observations sont au nombre de 2135. Malgré cela, nous trouvons peu de cas intéressant l'oreille, et les estimations ne peuvent fournir aucune conclusion. Nous les donnons cependant, à titre de document.

Machiniste..	52 ans.	Surdité complète �� g., surdité partielle à dr. et vertiges.....	35 %
Manœuvre..	50 ans.	Notable diminut. de l'ouïe à g. et d'environ 1/3 à dr.....	45 %
Mineur.....	38 ans.	Reliquat d'otite moy. et perte unilatérale incomplète de l'ouïe.....	2 %
Manœuvre..	29 ans.	Perte complète de l'ouïe à g., partielle à droite.....	40 %
Mécanicien .	23 ans.	Réduction de l'ouïe à gauche.....	30 %
Raboteur...	22 ans.	Surdité g. et parésie de la branche supérieure du facial.....	20 %
Aide maçon.	14 ans.	Perte totale de l'ouïe à gauche, c��phalgie, diminution de l'intelligence.	20 %

Parmi les otologistes les Dr^s Delsaux (3) et Sand (4) ont fait

(1) D  MEUR, *Le risque professionnel*, 2^e   dit., Bruxelles, 1908.

(2) E. POELS, *Médecine légale des accidents du travail*. Tome I^{er}, *Réduction de valeur ouvrière*. Bruxelles, L. Severeyns, 1908.

(3) DELSAUX, Accidents du travail concernant l'oto-rhino-laryngologie (*Bull. de la Soc. belge d'Otol.*, Bruxelles, 1910-1911, p. 27).

(4) SAND, De l'importance de l'examen oto-rhino-laryngologique en matière d'accidents du travail (*id.*, p. 63).

tous deux une communication sur les accidents auriculaires à la Société belge d'otologie de 1910-1911, mais ils ne donnent ni l'un ni l'autre d'appréciations sur les troubles auditifs ou vestibulaires.

On ne trouve non plus aucune évaluation dans l'article récent du Dr Dewatripont (1) qui réclame pour les blessés du travail un examen de l'oreille immédiatement après l'accident.

F. Évaluations diverses.

A la réunion des médecins d'assurances du Danemark, de 1911, Holger Mygind (2) a rapporté les chiffres suivants d'estimation pour les troubles de l'acuité auditive. Il distingue :

La dureté légère de l'ouïe : voix chuchotée perçue de 6 à 2 mètres.
La dureté moyenne..... — — de 2 m. à 0^m,20.
La surdité..... voix haute à moins de 1 mètre.

Pour lui les degrés légers et même moyens ne créent pas de dommage ; cependant, la dureté moyenne peut donner une invalidité de 10-20 p. 100. Enfin, une surdité unilatérale équivaut à 10-20 p. 100 et une bilatérale à 30-60 p. 100.

Dans le Précis d'Imbert et Oddo, on trouve encore pour les troubles auditifs les chiffres suivants, que nous n'avons pu contrôler :

Surdité unilatérale..	Législation suédoise...	10 %
— — ..	Législation finlandaise.	0 à 10 %
— bilatérale..	Suède.....	50 %
— — ..	Finlande.....	50 %

(1) DEWATRIPONT, Sur les ruptures du tympan par accident du travail (Assoc. méd. belge des Accidents du travail, 21 déc. 1912; *Bull. de l'Assoc.*, janv. 1913).

(2) HOLGER MYGIND, Die Bedeutung der Ohrenkrankheiten für Lebens und Unfallversicherung (*Ugeskrift for Læger*, 1911, n° 29, analysé in *Internat. Zentralbl. für Ohrenheilk.*, Band X, p. 143).

CHAPITRE III

**Bases d'appréciation pour l'estimation
des troubles auriculaires.**

Nous venons de voir que les évaluations données dans les divers pays et dans chaque pays par les différents auteurs sont vraiment trop dissemblables les unes des autres pour que nous puissions en tirer quelque moyenne intéressante. Il nous semble illusoire de vouloir cataloguer les accidents auriculaires.

Mais, s'il est inutile de fournir des renseignements absolus sur tel ou tel cas, il semble toutefois de plus en plus nécessaire d'établir des indications relativement précises sur un dommage bien défini (comme une surdité unilatérale ou bilatérale complète) pour taxer les autres par comparaison. Tous les juristes ont fait des efforts dans ce sens, afin de posséder au moins pour guide, comme point de repère, une base d'appréciation suffisante. En France, les tableaux de Duchaufour et Brouardel, le guide d'Imbert et Oddo paraissent avoir résolu le problème pour les invalidités générales. C'est dans ce sens que nous allons chercher à établir pour l'oreille de pareilles bases d'appréciation.

Le législateur en France demande à l'auriste deux choses : d'abord fixer le temps de l'incapacité temporaire, c'est-à-dire certifier d'avance, sans trop se tromper, combien il faudra à une blessure de l'oreille pour être guérie ou consolidée ; en second lieu, établir le quantum de l'incapacité permanente lorsqu'il persiste de son fait une invalidité.

Nous laisserons de côté la question de l'incapacité temporaire. Les lésions accidentelles de l'oreille n'ont pas en effet une durée différente des autres traumatismes auriculaires ; ce serait allonger inutilement notre travail.

Celle de l'incapacité permanente est plus importante.

Il est nécessaire, avant de prendre séparément chaque trouble auriculaire pour l'estimer, de considérer d'abord d'une

manière tout à fait théorique les fondements juridiques sur lesquels nous aurons à établir notre estimation. Il convient de connaître à fond l'esprit de la loi et de savoir dans quel sens la jurisprudence a interprété certains détails imprécis de cette loi.

A. Fondements théoriques de l'appréciation.

D'après la loi, c'est bien sur la diminution de salaire seule que dans la réalité porte la réduction de valeur ouvrière. C'est le salaire qui s'en ressent et c'est lui qui est pris comme base pour établir la rente.

Il suffirait, semble-t-il, pour déterminer le degré d'incapacité, de comparer le gain de la victime après et avant l'accident; ce serait le procédé idéal. En pratique, la question est beaucoup plus complexe.

Tout en prenant toujours la réduction de salaire comme point de départ, on peut arriver par le raisonnement à diviser le problème en certains éléments :

1° L'accident crée une incapacité schématique, objective en quelque sorte, basée uniquement sur la physiologie des fonctions ouvrières que possèdent l'ouïe ou l'équilibre.

2° L'accident crée un dommage, même s'il n'y a pas réduction immédiate de salaire, en diminuant la capacité de concurrence et en gênant le « reclassement » de la victime.

3° Enfin cette incapacité, schématique pour ainsi dire, doit se plier à certaines nécessités pratiques et se modifier suivant l'individu accidenté.

a) INCAPACITÉ OBJECTIVE.

Pour l'établir, il est nécessaire de connaître la valeur ouvrière de l'oreille soit dans l'audition, soit dans l'équilibre. C'est en effet sur la diminution de la capacité de travail que le médecin doit se prononcer. Comme le dit très justement Rémy : « Il nous paraît indispensable, pour qu'on puisse conclure à une incapacité quelconque, qu'on se trouve en présence de la perte d'une des fonctions utiles au travail. »

Quels sont donc l'acuité auditive et l'état d'équilibre nécessaires au travail ?

1^o ACUITÉ AUDITIVE PROFESSIONNELLE. — Elle est évidemment très au-dessous de l'acuité auditive physiologique. L'ouïe n'est pas une fonction très utile pour le travail, et tel ouvrier, demi-sourd par maladie, gagne autant qu'un entendant normal.

On peut dire que cette acuité auditive professionnelle ne peut s'établir en général et qu'elle varie considérablement suivant chaque métier. Raisonner ainsi est tout à fait logique, mais nous ferait retomber dans l'imprécision dont nous voulons sortir. On l'a vu dans les discussions sur l'acuité visuelle professionnelle que réclamait Sulzer pour chaque métier; il s'agissait d'un tâche impossible, et nous ne sachons pas que l'enquête demandée ait été poussée davantage. Il nous semble au contraire tout à fait raisonnable, en éliminant certaines professions, d'établir ceci : *l'acuité auditive professionnelle n'est diminuée que lorsque l'acuité physiologique est inférieure à la moitié.*

Presque tous les métiers rentrent dans cette première classe, exigeant une audition inférieure à la moitié. C'est celle que nous prendrons pour type dans l'estimation pratique des troubles de l'ouïe.

Quelques-uns peuvent se grouper dans une deuxième classe, demandant une acuité auditive forte ou une intégrité parfaite des organes de l'ouïe : musiciens, employés de chemins de fer, téléphonistes ou télégraphistes. ouvriers travaillant dans les caissons, domestiques. On le saura, pour augmenter, s'il le faut, le pourcentage de l'incapacité de travail.

2^o ÉTAT D'ÉQUILIBRE PROFESSIONNEL. — Cet état n'est que de très peu inférieur à l'état physiologique. Le déséquilibre, même réduit, gêne considérablement l'exercice d'un métier quel qu'il soit.

Toutefois on peut là encore diviser les professions en deux grandes classes suivant que le métier exige ou n'exige pas une station debout prolongée, surtout une position debout au-

dessus du sol. Il est évident que les ouvriers du bâtiment, les ouvriers d'usine, les cochers, les employés de chemins de fer ont davantage besoin que d'autres de leur équilibre; la perte ou diminution de la fonction vestibulaire chez eux demandera une estimation plus élevée. A chacune de ces classes, nous donnerons un pourcentage variable pour les troubles de l'équilibre.

3° GRANDES ET PETITES INCAPACITÉS. ACCOUTUMANCE. — Si l'interprétation de la loi amène à n'envisager pour l'évaluation du dommage qu'une fraction des fonctions normales, elle entraîne forcément à réunir les grandes incapacités partielles à l'incapacité absolue et à supprimer les petites incapacités.

La jurisprudence a suivi cette interprétation (1). Il existe un jugement concernant l'audition et l'équilibre qui sanctionne le premier fait (Cour d'appel de Douai, 4 mars 1902) (2).

Pour les petites incapacités, la jurisprudence est moins précise (3). Il existe de nombreux jugements pour reconnaître qu'une incapacité minime ne dépassant pas 50 p. 100 ne donne pas lieu à une rente. Mais il en existe d'autres constatant que n'importe quelle réduction suffit à justifier l'allocation d'une

(1) Si une capacité de travail de 2 p. 100 est, en principe, de nature à correspondre à une faculté de salaire de même proportion, encore faut-il rechercher si, dans l'espèce, ce reste d'aptitude pourra être utilisé par l'ouvrier aux fins d'obtenir un salaire quelconque si réduit soit-il. Dans la négative, l'ouvrier a droit à la rente due pour l'incapacité absolue (Cour d'appel de Dijon, 7 février 1911).

(2) Attendu qu'il ressort des documents de la cause que Dussart, victime d'un accident alors qu'il était employé dans les ateliers de la Société française de Constructions mécaniques de Denain, a perdu la faculté de remplir un emploi quelconque; attendu qu'un ouvrier ne saurait être déclaré encore capable de travailler parce que, accidentellement et par pitié, il pourrait être utilisé par des personnes charitables dans une besogne occasionnelle et n'exigeant aucune continuité dans l'effort; que la solution à donner à cette question doit varier suivant la nature des blessures, le tempérament, les forces et la situation particulière du blessé; qu'en faisant état des constatations particulières du docteur appelé à donner ses soins à Dussart, c'est avec raison que les premiers juges ont considéré cet ouvrier comme atteint d'une incapacité permanente absolue... » (Douai, 1^{re} chambre, 4 mars 1902.)

(3) G. SAINTELETTE, Les petites infirmités devant la Cour de Cassation *Recueil périodique des assurances*, 1912, n° 7-8).

rente. La Cour de cassation tout récemment (Chambre civile, arrêts du 20 mars 1912) a tranché ainsi la question : le juge est libre de dire que l'accident n'a pas diminué la faculté du travail ; mais il ne peut, en constatant cette diminution, refuser d'allouer la rente qui y correspond, par ce motif qu'en fait le salaire demeurerait après l'accident le même qu'auparavant ; le législateur n'ayant fixé aucun minimum au-dessous duquel la rente ne saurait descendre.

Cette question soulève cependant un point intéressant, celui de l'accoutumance ou plutôt de l'accommodation du blessé à ses lésions (1). Il arrive en effet qu'un ouvrier ayant une petite rente arrive à gagner autant après qu'avant l'accident. En réalité, on ne peut tabler sur cette adaptation variable suivant les individus, et en pratique l'indemnité est revisable dans la loi française pendant trois ans (Tribunal civil de Montauban, 27 janvier 1905).

4° ÉTAT ANTÉRIEUR. — La loi française ne s'occupe pas de l'état antérieur de l'organe blessé. Pour elle et la jurisprudence, le facteur maladie est évidemment de nature à aggraver la responsabilité du patron, et il est naturel que ceux-ci fassent des efforts pour se dégager de cette aggravation de risques, mais l'infirmité ou la maladie dont était atteint l'ouvrier avant l'accident est sans influence sur la fixation de la rente ; le rôle du juge se borne à constater le préjudice souffert et à en assurer la réparation (2).

Il existe dans ce sens pour les troubles de déséquilibre deux arrêts : l'un (Cour d'appel de Paris, 28 juin 1910) dit qu'on ne saurait faire état de phénomènes attribués à l'artério-sclérose pour le calcul de la rente ; l'autre (Cour de Dijon, 9 août 1909) affirme que la victime a droit au bénéfice de la loi, bien qu'elle soit tombée sous l'influence d'une crise épileptique.

(1) *L'accoutumance considérée comme amélioration à la suite des accidents du travail* (publication faite par la direction de la 1^{re} section de la corporation du fer et de l'acier du Nord-Ouest de l'Allemagne. Hanovre, Göhmann, 1908. Traduct. du Dr Dorison).

(2) Cassation. Chambre civile, 17 juin 1909 (*Recueil de Caen*, 1909, page 101).

5° ÉTAT DE L'OREILLE NON BLESSÉE. — Toutefois on doit envisager un point important dans l'état antérieur : l'organe blessé ne représenterait-il pas à lui tout seul, avant l'accident, la fonction auditive ou la fonction d'équilibre ?

Lorsqu'une oreille est fonctionnellement supprimée par maladie antérieure avant l'accident, la perte accidentelle de l'ouïe de l'autre côté entraîne non une surdité unilatérale, mais bien une surdité bilatérale. Dans ce cas on sera obligé d'estimer l'accident comme s'il avait supprimé en même temps les deux organes sensoriels. Nous considérons que cette opinion est conforme à l'esprit de la loi et à la jurisprudence pour un borgne devenu aveugle.

De même si, dans les trois ans qui forment le délai de revision, l'oreille bonne devient malade et sourde, il est juste, croyons-nous, que, à l'expertise de revision, on élève le pourcentage d'incapacité et qu'il devienne égal à celui d'une surdité bilatérale immédiate.

*b) DOMMAGE CRÉÉ PAR L'ACCIDENT.
CAPACITÉ DE CONCURRENCE.*

A l'incapacité objective schématique, telle que nous venons de la décrire, les tribunaux, poussés par les experts, ont ajouté un deuxième dommage créé par l'accident. Ils ont considéré l'accident en lui-même et ont estimé que, sans réduction professionnelle, sans diminution du salaire, l'ouvrier subit un dommage réel du fait même que ses capacités physiologiques ont été diminuées.

Cette conception est juste. La diminution de sa valeur physiologique gênera plus tard la victime si elle ne la gêne pas immédiatement. Elle réduit ce qu'on a appelé sa capacité de concurrence.

On arrive ainsi, pour certaines professions seulement à envisager l'aspect inesthétique comme cause de réduction ouvrière. C'est ainsi que la perte entière ou partielle du pavillon, la diminution de l'audition d'un quart seulement, peuvent donner lieu à une rente chez des domestiques, femmes surtout.

Certains juges ont pensé résoudre cette question, en attri-

buant non une rente, mais un petit capital à de semblables victimes. MM. Desouches et Duchauffour en France soutiennent cette opinion : dans les tableaux de Duchauffour que nous avons rapportés on peut voir certains états vertigineux dédommagés, sans rente, par une somme que les parties ont acceptée.

C'est un peu dans ce but aussi que la loi française a envisagé le rachat des rentes au-dessous de 100 francs (1) (décret du 28 février 1899, art. 7).

c) INCAPACITÉ RELATIVE A L'INDIVIDU.

Ces deux dommages de réduction de valeur professionnelle et de capacité de concurrence sont en pratique modifiés suivant l'individu accidenté.

L'âge est à retenir et nous n'en dirons pas davantage. En effet il est évident qu'un ouvrier jeune aura à subir pendant plus longtemps le dommage, mais qu'il le supportera beaucoup plus allègrement qu'un ouvrier vieux; ce dernier doit être favorisé.

Nous ne dirons rien du sexe, mais nous parlerons des apprentis. La loi envisage le cas à l'article 8. Elle a suivi en ce cas la distinction établie en Autriche entre les ouvriers « qualifiziert » et « nicht qualifiziert ».

Enfin reste le métier. Nous en avons déjà parlé pour établir, d'après lui, plusieurs classes soit au point de vue audition, soit au point de vue équilibre. Nous ajouterons que, dans certains métiers, ce n'est pas seulement la diminution fonctionnelle de l'organe qui importe, mais le fait que l'atteinte, si minime fût-elle, de l'organe empêche immédiatement et définitivement l'exercice de ce métier. Prenons les ouvriers travaillant dans les caissons : un tubiste, qui est en somme un terrassier travaillant dans certaines conditions, gagne (nous prenons les salaires payés ces derniers temps pour les ponts construits à Lyon) 0 fr. 90 l'heure et, travaillant 10 heures, reçoit un salaire journalier de 9 francs. Son oreille a-t-elle

(1) Barème minimum pour le calcul des réserves mathématiques (*Recueil de documents sur les accidents du travail*, n° 1, p. 424).

été atteinte par accident d'une lésion minime (hémorragie de la caisse avec rupture tympanale par exemple) n'ayant occasionné qu'une incapacité temporaire et ayant parfaitement guéri, cet ouvrier ne peut plus, de ce fait, s'embaucher dans les caissons et redevient terrassier; or un terrassier, à Lyon, ne gagne que 0 fr. 60 l'heure. Il en résulte que l'accidenté, par le fait seul qu'il n'a plus l'intégrité complète des organes de l'oreille, perd le tiers de son salaire. Il n'y a pas, dans ce cas, difficulté à retrouver un emploi et diminution de la capacité de reclassement; il s'agit d'un dommage immédiat relatif à la profession seule qu'exerçait le blessé au moment de l'accident. Cet ouvrier se trouve déclassé au point de vue gain dans une profession inférieure à celle qu'il possédait.

Dans les quelques observations que nous possédons à ce sujet, les tribunaux, sur rapport d'experts non spécialisés, et s'en tenant à la lettre du texte légal, n'ont attribué aux victimes aucune rente. Nous pensons que, dans ces cas, ce n'est plus la capacité professionnelle qu'il faut envisager, mais la capacité de gain. Ces cas, malheureusement, échappent à l'influence de l'expert à qui on demande seulement d'évaluer la diminution de capacité ouvrière; les magistrats sont les seules personnes compétentes pour juger une pareille dépréciation.

B. Bases pratiques d'estimation.

L'étude des fondements théoriques de l'estimation nous permettra de simplifier l'établissement de ces bases pratiques. Nous ne voulons pas en effet donner des chiffres pour chaque accident, mais simplement des points de repère fixes pour certains dommages bien définis. On pourra en partant de ceux-là, et par comparaison, taxer tous les autres dommages moins précis.

La loi admet deux incapacités : l'absolue, la partielle. Les lésions auriculaires peuvent être la cause de ces deux incapacités.

1° INCAPACITÉ ABSOLUE.

Les troubles de l'ouïe ne peuvent la produire à eux tout seuls.

Mais nous estimons que les vertiges isolés et particulièrement intenses, surtout les vertiges associés à la surdité, peuvent la donner. L'individu pour nous n'a pas besoin d'être complètement impotent, incapable de tout travail. En assimilant les grandes incapacités partielles à l'incapacité absolue, nous pensons qu'il suffit pour lui d'être incapable ou à peu près de gagner sa vie. Telle est d'ailleurs la conclusion d'un jugement, que nous avons rapporté, de la Cour de Bordeaux.

2° INCAPACITÉ PARTIELLE.

Comment estimer en moyenne chaque appareil et chaque trouble fonctionnel important ?

1. OREILLE EXTERNE. — C'est la perte totale ou partielle du pavillon qui est ordinairement en cause.

Théoriquement, le pavillon ne peut jouer aucun rôle important dans la valeur ouvrière d'un individu. Tout au plus peut-on l'envisager pour l'orientation des sons dans certains métiers. Encore ne peut-on donner de ce fait une base d'estimation.

Mais sa perte même partielle diminue parfois la capacité de concurrence, lorsqu'elle est vraiment inesthétique et dans les professions féminines. Pour la régler nous ne donnons pas de chiffre de rente, mais nous serions très heureux de voir cette petite incapacité dédommée par un capital, surtout chez les sujets jeunes, en prenant le barème minimum pour le rachat des rentes comme base de calcul et en partant d'une rente de 1 à 2 p. 100. Le président du tribunal de la Seine a, dans une ordonnance de conciliation, donné 1 1/2 p. 100.

Pour les atrophies traumatiques du conduit externe, elles ne peuvent gêner l'ouvrier qu'en diminuant son audition.

2. OTORRHÉES CHRONIQUES. — Nous n'envisagerons pas les otorrhées chroniques comme en Allemagne ou en Autriche. L'otite chronique en effet n'a ici d'importance que par ses

reliquats, lorsqu'elle est consolidée. L'étude de tous les troubles accidentels de l'oreille moyenne et de l'interne se réduit aux lésions de la fonction auditive et à celles de la fonction vestibulaire.

3. FONCTION AUDITIVE. — Pour être fidèles au plan que nous avons proposé, nous allons partir de deux limites bien définies, inférieure et supérieure :

a) *L'audition au-dessus de la demi-acuité auditive physiologique.* Elle ne sera pas considérée. Ainsi disparaissent de la discussion les hypoacousies légères.

b) *La surdité unilatérale.* Au point de vue accident du travail nous estimons qu'il y a surdité quand la voix chuchotée n'est pas perçue au-dessus de 20 centimètres et la voix de conversation au-dessus de 1 mètre.

Comme base de réduction ouvrière nous prendrons le chiffre de 10 p. 100. C'est celui qui est adopté dans presque tous les pays, et il semble raisonnable.

Une fois ces deux bases adoptées, comment taxer les *hypoacousies intermédiaires unilatérales* ? Nous pensons qu'il ne faut pas donner de chiffres précis pour de semblables lésions. C'est pour elles qu'on fera intervenir les conditions d'âge, de métier, de sexe. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elles se classeront entre 0 et 10 p. 100. Toutefois, on peut admettre qu'une hypoacousie moyenne, sans regarder la diminution fonctionnelle qu'elle entraîne, mais en considérant la capacité de concurrence, peut être dédommée par 5 p. 100.

Les *hypoacousies bilatérales* seront évaluées de la même façon, suivant que pour un côté il existe ou non une surdité complète. Nous arrivons ainsi aux chiffres de 12-15 p. 100 que nous avons trouvés pour un cas pareil dans un arrêt de la Cour de Paris (voir les tableaux français).

Reste la *surdité bilatérale complète*. Nous l'estimerons à 40 p. 100, chiffre moyen de toutes les estimations françaises et étrangères, et qui semble raisonnable. On fournit ainsi une majoration de 20 à la somme : $10 + 10$ que donneraient les évaluations réunies de deux surdités.

Que faut-il penser des *bourdonnements* ? Nous avons vu

que Alt, en Autriche, en tient compte. En réalité, on ne doit les considérer que s'ils augmentent la surdité; considérés comme cause d'ennui, on ne peut les apprécier. Aussi bien deviennent-ils très secondaires pour l'évaluation des troubles auditifs. Tout au plus pourra-t-on augmenter un peu le taux des hypoacusies moyennes, si les bourdonnements associés sont très intenses.

4. FONCTIONS D'ÉQUILIBRE. — On n'insiste pas assez à l'étranger et aussi en France sur les troubles de l'appareil vestibulaire. Ils sont en réalité beaucoup plus importants que les troubles auditifs. Nous avons vu en effet qu'il y a peu de différence entre l'état physiologique d'équilibre et la quantité nécessaire à l'exercice d'une profession.

Indépendamment des cas déjà envisagés dans l'incapacité absolue, la diminution de la fonction vestibulaire entraîne une très grande réduction de capacité ouvrière. Pour être fidèles à notre plan d'ensemble, nous ne donnerons pas de chiffres fixes, mais nous croyons indispensable d'établir une limite inférieure dans les estimations de ce dommage. On pourra, suivant les blessés, dépasser ces chiffres minima.

a) Nous donnons le chiffre minimum de 50 p. 100 quand le trouble vestibulaire est permanent ou survient par accès fréquents, quand il s'agit d'ouvrier exerçant un métier nécessitant une grande stabilité et réduit par l'accident à travailler assis. Il faut songer que, en réalité, l'ouvrier ne touchera que la moitié de ces 50 p. 100, c'est-à-dire le quart de son salaire annuel comme rente.

b) Pour les troubles vestibulaires moindres et survenant par accès plus rares, nous donnons le chiffre minimum de 20 p. 100. Pris en soi, il représente aussi la réduction de capacité de concurrence que n'importe quel déséquilibre permanent entraîne, si minime soit-il.

Une restriction s'impose pour les troubles de l'équilibre. Nous savons qu'ils sont très variables dans leur évolution suivant les individus. Aussi donnons-nous seulement les chiffres précédents comme estimation au moment même de l'expertise. Quand on se trouvera en présence de déséquilibre dû

au travail, il faudra donc, dans le rapport d'expertise, exposer que les troubles vestibulaires sont susceptibles d'amélioration et qu'on les estime à ce jour, sous réserve d'une revision ultérieure pour une évaluation définitive.

5. TROUBLES DE L'AUDITION ET DE L'ÉQUILIBRE RÉUNIS. — Ce sont les cas les plus graves, et nous pensons qu'il faut ajouter les unes aux autres les estimations précédentes sans réduire leur total. Un sourd bilatéral avec vertige intense arrivera donc bien près de l'incapacité absolue.

*
* *

Malgré tous nos efforts pour rendre plus précises les estimations d'une oreille blessée dans le travail, nous savons qu'en pratique l'auriste aura encore de très grandes difficultés à résoudre.

Ces difficultés proviennent de ce qu'on demande trop au médecin expert. Il faudrait à ce dernier des connaissances techniques qu'il ne possède pas et pour lesquelles il sera difficile de lui fournir quelques données instructives. Il serait à souhaiter de voir fonctionner pour certaines estimations des commissions mixtes, formées d'un médecin, d'un ouvrier expérimenté, membre d'une association corporative, et d'un ancien patron. Mais cela n'existe pas dans la loi, et l'établissement de ces commissions serait peut-être laborieux.

La plus grande difficulté, et dont nous n'avons point parlé, parce qu'elle sortait un peu de notre sujet, est celle qui provient de l'examen du blessé. Ordinairement l'expert est chargé de conclure sur des lésions qui évoluent depuis deux mois, qui sont en partie cicatrisées et pour l'examen initial desquelles il ne possède aucun document sérieux.

Aussi tous les otologistes dont le nom se trouve mêlé à la question médico-légale des accidents concernant l'oreille, ont-ils réclamé dès le début de l'accident un examen du blessé par un médecin compétent. A la suite de Alt, Hammerschlag, Frey, en Autriche ; Passow, en Allemagne ; Ostino, en Italie ; Delsaux et Sand, en Belgique, nous voudrions que :

Dans tous les traumatismes craniens pouvant intéresser l'oreille, le médecin du blessé prenne l'habitude d'envoyer son malade à l'examen d'un auriste.

Enfin et surtout que dans toutes les expertises touchant l'oreille, les magistrats, depuis la justice de paix jusqu'à la Cour de cassation, fassent directement appel à la collaboration d'un otologiste.

C'est dans ce sens que nous demanderons à la Société française d'établir un vœu et de le transmettre à la Commission parlementaire des accidents du travail.

II

UN CAS DE CYLINDROME TRACHÉAL; OPÉRATION PAR VOIE EXTERNE; GUÉRISON

Par **E. V. SEGURA**, Professeur d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres.
Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Roch.

Soledad de C., 42 ans, originaire de la république Argentine, est bien constituée et n'a aucun antécédent pathologique en relation avec l'affection actuelle; mariée à l'âge de 19 ans, elle n'eut pas d'enfants et ne fut jamais enceinte; son mari a toujours été bien portant et n'a aucun antécédent spécifique.

Cette malade fait remonter le début des accidents au milieu de l'année 1908, époque à laquelle, après avoir souffert d'un double phlegmon périamygdalien, elle resta avec un léger enrouement plus ou moins marqué suivant l'état atmosphérique. Six mois après, dès les premiers mois de 1909, elle commença à éprouver une légère fatigue aux moindres efforts, aussi se décida-t-elle à consulter un spécialiste qui fut d'avis que tous les malaises dépendaient d'une lésion nasale contre laquelle un traitement chirurgical serait efficace; cette façon de voir ne fut pas acceptée par la malade. Deux mois après, elle consulta un deuxième confrère spécialiste qui ne trouva rien de particulier au niveau de l'appareil respiratoire et prescrivit une potion à base de bromure de potassium. Un troisième confrère fit le diagnostic d'asthme et soumit la malade aux injections de strychnine; mais, malgré ce traitement, aucun soulagement ne se produisit; tout au contraire, la gêne respiratoire ne fit qu'augmenter, avec tendance à devenir permanente; elles'exagéraient la nuit, au point d'empêcher le sommeil dans la position horizontale. La malade se décida alors à consulter un médecin général, qui pensa à un anévrysme de l'aorte et ne cacha pas au mari de la patiente la gravité de la situation. Les choses en étaient là, quand une nuit, la gêne respiratoire étant extrême, la famille alarmée appela d'urgence le docteur Pigretti qui, après examen, déclara que la cause de la dyspnée était probablement au niveau de la trachée et demanda une consultation avec le docteur Blanchi. Ce dernier collègue confirma l'existence d'une tumeur sous-glottique et fut d'avis de soumettre la malade au traitement syphili-

tique; 25 frictions mercurielles furent faites; elles amenèrent un soulagement appréciable qui malheureusement ne fut pas durable; aussi, en présence de la réapparition de la dyspnée, se décida-t-on à refaire une série de 40 frictions. C'est alors qu'eut lieu une consultation entre différents confrères, parmi lesquels les docteurs Jümes et Gonzalez; ils furent tous d'accord pour continuer le traitement mercuriel, mais proposèrent de remplacer les frictions par des injections de sels solubles, tels que cyanure ou biiodure. Ce nouveau traitement fut donc imposé à la malade; de nombreuses injections furent pratiquées, mais comme avec les frictions, à l'amélioration momentanée succéda un retour de la dyspnée. En janvier 1911, la dyspnée était toujours très intense; la malade en était réduite à se tenir constamment dans la situation assise et à recourir aux inhalations d'oxygène; elle se figura qu'en allant à la campagne, elle trouverait, grâce au changement d'air, quelque soulagement à ses souffrances, mais ce ne fut qu'un vain espoir, car elle ne tarda pas à voir les événements se précipiter et éprouva même la sensation de mort prochaine.

C'est alors qu'elle vint me consulter, le 25 avril 1911, après une nuit particulièrement atroce pendant laquelle son mari qui redoutait un danger immédiat avait cru devoir la faire veiller par le médecin familial qui d'ailleurs avait été obligé de recourir aux inhalations d'oxygène et aux injections de morphine. L'examen laryngoscopique me permit de constater au niveau de la paroi postérieure du 4^e anneau trachéal la présence d'une tumeur lisse, pyriforme, à grosse extrémité inférieure; recouverte de muqueuse saine, cette masse occupait presque toute la lumière du conduit; aussi la respiration ne pouvait-elle s'effectuer que par une légère fissure, en forme de 1/2 lune, de 2 à 3 millimètres de largeur, qui était comprise entre la face antérieure de la tumeur et la paroi profonde de la partie antérieure de la trachée. Me basant d'une part sur l'aspect de la tumeur, sur la marche très lente de l'affection (les premiers symptômes remontaient à 3 ans), d'autre part sur l'inefficacité du traitement mercuriel et sur le fait que la réaction de Wassermann était négative, je portai le diagnostic de tumeur sous-muqueuse de la trachée de nature bénigne, qui, vu le trouble respiratoire qu'elle entraînait, nécessitait une intervention urgente, car la vie de la malade pouvait être subitement menacée. Cette façon de voir fut acceptée par la malade et par son entourage: ceux-ci voulaient même me pousser à opérer sur-le-champ, mais comme je désirais que mon collègue Pigretti fût tenu au courant de ce que nous faisons, l'opération ne put être pratiquée que le 27 avril 1911.

OPÉRATION

Vu l'état précaire de la malade, l'opération fut faite sous anesthésie locale (injections de solution de cocaïne-adréraline préparée avec les pastilles du Dr Braun).

Je fis au niveau de la partie moyenne et inférieure du cou une incision longitudinale, longue de 5 à 6 centimètres, qui intéressa non seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi tous les plans aponévrotiques et musculaires sus-jacents à la trachée, qui fut ainsi libérée sur sa face antérieure. Deux écarteurs furent confiés aux aides. Je pus alors par une incision médiane ouvrir très facilement la trachée sur la longueur de 5 anneaux; à ce moment, se produisit un petit accident opératoire qui d'ailleurs n'eut aucune gravité : sachant que la face antérieure de la tumeur trachéale se trouvait presque au contact de la partie profonde de la face antérieure des anneaux cartilagineux, j'avais pris soin de pratiquer la section trachéale très minutieusement avec la pointe seule de mon bistouri; néanmoins je ne pus éviter que mon instrument ne touchât la muqueuse de la tumeur; il se produisit donc une légère hémorragie. A partir de ce moment, pour éviter la descente du sang dans les bronches, je mis la malade en position de Trendelenburg (voir figure n° 4)

L'hémorragie étant arrêtée, la position du sujet était telle que l'issue de sang dans les voies respiratoires n'était plus à craindre, je continuai l'opération. Avec deux écarteurs mousses, je réclinai les deux volets de la trachée et pus ainsi me livrer à un examen direct. L'aspect, les dimensions de la tumeur étaient bien tels que me les avait fait entrevoir l'examen laryngoscopique. La forme était bien celle d'une poire à grosse extrémité inférieure : dans ses deux tiers supérieurs, la tumeur était adhérente ; au contraire, au niveau de son tiers inférieur, elle était libre et pouvait être facilement contournée avec un stylet. Je sectionnai les trois quarts de la tumeur à l'aide d'une anse froide; quant à la zone qui correspondait à la base d'implantation, je l'extirpai ensuite avec une pince emporte-pièce; l'hémorragie fut très minime; la trachée reprit aussitôt son calibre normal; aussi pris-je le parti de ne pas mettre de canule trachéale et d'adosser purement et simplement, sans faire aucune suture, d'abord les lèvres de la plaie trachéale, ensuite les parties molles. Enfin je recouvris la plaie superficielle d'un pansement qui fut moyennement compressif.

Je crois que, du moment que je pouvais soumettre la malade à

une observation médicale de tous les instants, le fait de n'avoir pas mis de canule a simplifié de beaucoup le traitement post-opératoire et a permis d'éviter les complications broncho-pulmonaires si fréquentes à la suite de ces interventions. Les suites opératoires furent des plus simples; la respiration reprit aussitôt ses caractères nor-



Fig. 1.

maux; il n'y eut aucune altération de la voix, aucune élévation de température. La plaie se cicatrisa par première intention.

Dès le quatrième jour après l'opération, la malade était assise sur son lit, et au huitième jour, elle quittait la maison de santé. Depuis, j'ai suivi régulièrement mon opérée; quelque temps après l'intervention, j'ai pu craindre une récurrence, car, au niveau de la zone d'implantation de la tumeur, apparurent de petits bourgeons, légèrement exubérants, mais ce n'était en réalité que du

tissu de réparation qui ne tarda pas à se rétracter et à disparaître définitivement. Cette malade a fait l'objet d'une présentation à la Société de laryngologie de Buenos-Ayres; en octobre 1912; j'ai eu l'occasion de la revoir, elle est radicalement guérie.

EXAMEN DE LA TUMEUR.

1° *Examen macroscopique.* — La tumeur est encapsulée; elle est constituée de tissus mamelonnés, friables, très peu vasculaires.

2° *Examen microscopique* (fait par le Docteur Dessy). — A un faible grossissement, la tumeur apparaît nettement lobulée, les lobules étaient séparés par un tissu conjonctif fibrillaire, très pauvre de noyaux en certains points, et d'aspect hyalin en d'autres endroits. De ce tissu conjonctif partent des cloisons plus ou moins épaisses qui se ramifient et s'entrelacent dans la profondeur des lobules, limitant des espaces dans lesquels sont logées des cellules à noyaux arrondis et à protoplasme rétracté abondant; suivant l'incidence de la coupe, les cellules se présentent sous des aspects très variables: simples cordons, agglomérats, anneaux ramifiés.

Le tissu conjonctif qui forme le stroma situé autour de ces cellules a un aspect hyalin: si la coupe l'intéresse dans le sens perpendiculaire, on constate un monceau de cellules d'aspect endothélial (ou épithélial, comme le croit Ribbert) qui circonscrivent un bloc central presque entièrement homogène, sauf en certains points où se rencontrent de minces fibres connectives qui rayonnent du centre vers la périphérie. Si la coupe le prend dans le sens longitudinal, il a l'aspect de cylindres plus ou moins longs et larges, d'aspect homogène, avec ramifications cylindriques latérales, le tout étant enveloppé ou entouré de cellules.

En aucun point de la tumeur, nous n'avons trouvé ces masses d'aspect hyalin, qui se colorent en bleu clair par l'hémalum et que Ribbert interprète comme des accumulations de sécrétions épithéliales (fig. 2).

Quant aux cellules néoplasiques proprement dites, qui forment les anneaux ou les cordons que nous avons décrits, leur aspect est identique dans toute la tumeur: ce sont des cellules à noyau relativement petit qui se colore d'une façon très intense avec des teintures nucléaires; le protoplasme qui les entoure est assez abondant et a un aspect franchement réticulé. Par compression réciproque, ces cellules forment comme une mosaïque et ont l'aspect des endothéliomes (épithéliomes selon Ribbert).

Les vaisseaux sanguins sont rares et petits ; en certains points, il y a de petites hémorragies peu étendues, au milieu desquelles se trouvent des globules rouges parfaitement conservés.

L'aspect et le structure histologique de cette tumeur sont ceux d'un cylindrome, variété de tumeurs qui se développent en général au voisinage des glandes salivaires et qui doivent être considérées



Fig. 2.

comme des tumeurs bénignes, bien qu'elles puissent facilement donner lieu à des récives.

Ces tumeurs sont considérées par certains comme des endothéliomes ; pour d'autres, parmi lesquels Ribbert, dont l'avis fait autorité en la matière, ce sont des épithéliomes.

Cette observation nous a paru intéressante, car ces tumeurs sont loin d'être fréquentes : ainsi Bruns, qui a fait une statistique très complète de tous les cas qu'il a pu recueillir, n'est arrivé qu'à un total de 147 cas ; en complétant la statistique de Bruns, Krieg est arrivé, en 1907, à réunir 201 cas de tu-

meur primitive de la trachée. De nos jours, plusieurs autres cas ont été signalés, parmi lesquels je signalerai ceux de Döderlein, de Schmigelow, de Reich, de Gereda, de Botella. Les différentes observations ont trait soit à des cas de sarcomes ou de carcicomes, soit surtout à des fibromes, papilomes, chondromes ou ostéomes, mais dans la littérature médicale nous n'avons pas vu signalés d'exemples de cylindromes.

Si j'ai adopté la voie externe, c'est d'abord et avant tout parce que je me suis trouvé dans l'impossibilité d'enlever d'une façon satisfaisante par voie naturelle, par endoscopie, cette tumeur qui était très largement adhérente et ensuite parce qu'au cours de différentes interventions qui feront d'ailleurs l'objet d'un travail ultérieur, j'avais été frappé de la simplicité de l'acte opératoire et de l'absolue innocuité de ces ouvertures trachéales; elles ne donnent lieu à aucune réaction inflammatoire, aussi est-il tout à fait inutile de laisser à demeure une canule qui ne ferait que favoriser l'apparition d'une broncho-pneumonie et retarderait par conséquent la guérison.

III

OZONE ET OZÈNE

Par **Robert FOY** (de Paris) (1).

Dans mes précédentes communications, sur le traitement de l'ozène par la rééducation respiratoire nasale à l'aide d'air comprimé envoyé sous pression de 3 à 5 kilos dans les voies aériennes supérieures, j'ai montré tout le parti que l'on pouvait tirer de l'air, soit comme agent physique (massage de la muqueuse), soit comme agent chimique (action antiseptique, amélioration de l'état général).

Les guérisons obtenues dans un grand nombre de cas sont très nettes et durables; complété par la paraffine, ce traitement peut être considéré, ainsi que l'écrivait récemment M. Mahu (*Presse médicale*, n° 2, 1913), comme un traitement de choix.

Mais est-il définitif?

Non, bien entendu: tout d'abord, parce que rien n'est définitif en thérapeutique.

De plus, ce traitement, exigeant du malade une collaboration active, en ce sens que celui-ci doit s'astreindre pendant longtemps à des exercices respiratoires quotidiens, peut parfois échouer chez les individus trop jeunes ou trop mous, dont la force de volonté et l'énergie sont insuffisantes. Je répéterai toutefois ce que j'ai antérieurement écrit: « Un ozéneux qui veut guérir à tout prix, prêt à tous les sacrifices de temps, guérit certainement par cette méthode combinée de la rééducation respiratoire nasale et de la paraffine, entendant par guérison, la suppression des croûtes, de l'odeur et des lavages.

Aussi, malgré ces résultats incontestables, ce traitement ne devait que gagner à être mis à la portée d'un plus grand nombre de malades.

(1) Travail de la clinique du Dr MAHU. — Communication à la Société française de laryngologie. Mai 1913.

C'est ainsi que, sur les conseils de M. Mahu, j'ai cherché à utiliser les propriétés suroxydantes de l'ozone. « L'ozone est un composé saturé de l'oxygène; c'est un gaz antiseptique et antitoxique, fournissant de l'oxygène à l'état naissant » (Labbé).

Cette définition montre tout l'intérêt que l'ozone peut présenter dans le traitement de l'ozène en particulier, et dans toutes les infections des voies aériennes supérieures en général. Aseptiser les muqueuses, désintoxiquer l'organisme, telles sont en effet les deux principales indications thérapeutiques qui doivent nous guider dans l'ozène.

Je rappellerai les excellents résultats obtenus avec l'ozone dans le traitement de la coqueluche, des anémies, des convalescences, de la prétuberculose, et plus récemment du diabète (Labbé).

a) L'ozone agit en améliorant l'état général — nous savons combien l'ozène est favorisé et entretenu par la déchéance de l'organisme.

b) L'ozone est un microbicide des plus actifs, employé pour la stérilisation de l'eau, de l'air, la désodorisation des matières organiques en décomposition — dans l'ozène, il faut désinfecter et désodoriser.

c) D'après les auteurs les plus autorisés, l'ozone serait absorbé au niveau de l'épithélium pulmonaire, se fixerait sur les globules rouges et serait mis en liberté dans les tissus sous forme de :

Oxygène à l'état naissant (destruction des microorganismes).

Acide carbonique en excès (excitant des sécrétions).

Acide formique (agent tonimusculaire des plus actifs dans les états adynamiques).

— Pour toutes ces raisons, il était intéressant d'essayer l'ozone dans le traitement de l'ozène.

Mais le matériel instrumental actuel ne permet que de bien insuffisantes inhalations devant un pavillon diffusant dans l'atmosphère ambiante avec un débit et sous une pression des plus minimales, l'air ozonisé, sans pouvoir le diriger directement dans les cavités naturelles.

Un appareil spécialement établi pour le but que nous poursuivons s'imposait; la maison Gaiffe, sur nos indications,

nous a mis au point cet appareil, que nous avons désigné du nom d'*ozoneur à pression variable*.

L'appareil se compose :

1° D'une source à haute tension, transformateur industriel de faibles dimensions, isolé au moyen des procédés habituels et consommant une puissance minime de 50 watts.

2° De l'ozoneur proprement dit, formé d'un tube isolant à l'intérieur duquel sont placées deux électrodes reliées respectivement sur chacun des pôles de la source à haute tension. Les électrodes affectent la forme de deux cylindres concentriques, séparés par un tube de verre de qualité spéciale; entre l'électrode interne et le tube de verre, existe un intervalle annulaire que l'air doit traverser, et dans lequel il se charge d'ozone, dès que l'on ferme le courant par la manœuvre de l'interrupteur placé sur la caisse.

3° L'air comprimé est amené à l'appareil sous pression et avec un débit manométriquement variables et réglables, par un fort tube de caoutchouc triplement entoilé. Cet air est fourni soit par la canalisation urbaine, soit par des obus d'air comprimé (1).

4° L'air chargé d'ozone est canalisé dans une chambre en aluminium émergeant de la caisse, terminée par un embout mobile dans tous les sens, permettant : — de diriger le jet vers l'orifice des fosses nasales du sujet debout ou assis pour des exercices respiratoires; — de brancher un tube métallique souple sur lequel s'adapteront, soit une olive en verre à double courant, soit une canule métallique longue du type de celles utilisées pour l'air chaud, afin de porter (sous le contrôle visuel) l'air ozonisé sur telle ou telle partie de la muqueuse naso-pharyngée.

Principe de l'appareil. — La nouveauté de cet appareil réside :

1° Dans l'utilisation comme source d'air non plus d'un ventilateur, mais d'une canalisation urbaine ou d'obus; aussi le débit et la pression de l'air ozonisé sont-ils infiniment plus considérables que dans les appareils classiques. L'air ozonisé

(1) Société des gaz comprimés (rue Saint-Lazare 48).

peut atteindre en effet 4 kilos de pression, correspondant à un débit d'environ dix litres à la seconde. Plus ce débit est considérable, plus l'ozone se trouve dilué, cette dilution rend cet agent beaucoup plus maniable et utilisable, parce que moins irritant, tout en devenant plus actif.

Aux variations de pression correspondent des variations de concentration de l'air ozonisé, ce qui permet dans la thérapeutique locale un dosage précis et des plus variés.

Grâce à cet emploi des fortes pressions, l'ozone voit augmenter son efficacité comme agent chimique, celle-ci se voyant doubler d'une action mécanique de massage et de pénétration; mais plus forte sera cette puissance chimique de l'air ozonisé (concentration), moins forte sera sa puissance mécanique (pénétration), d'où absence de danger dans les applications thérapeutiques (congestions, hémorragies, etc.).

2° La nouveauté de l'appareil réside encore dans son application à la rhinologie (1).

Grâce à sa canalisation, l'air ozonisé peut être dirigé dans les cavités aériennes de la face, et porter son action là où aucun instrument, aucun médicament ne peuvent pénétrer.

Son application y est chimiquement et mécaniquement réglée, grâce aux variations de débit et de pression.

L'air ozonisé peut être ou diffusé dans les fosses nasales à l'aide d'une olive à double courant introduite alternativement dans la fosse nasale droite, puis dans la fosse nasale gauche, ou bien être projeté en une région déterminée de ces cavités sous le contrôle visuel, en utilisant la canule métallique dont j'ai précédemment parlé.

MODE D'EMPLOI. — *Indications générales.* — Établir dans l'ozoneur le courant d'air venant par exemple de la canalisation urbaine; la pression de cet air ne sera augmentée que progressivement et ne devra pas dépasser 3 kilos, sur le manomètre fixé à l'appareil.

(1) Decréquy (de Boulogne) et Labouré (d'Amiens) essayèrent l'ozone en rhinologie; il y a quelques années, mais durent y renoncer devant les accidents graves de suffocation.

Faire fonctionner l'interrupteur situé sur la caisse, avoir soin d'interrompre toujours le courant électrique avant d'interrompre le courant d'air.

INDICATIONS SPÉCIALES. 1° Pour les *exercices respiratoires*, le sujet sera debout ou assis, face à l'embout mobile fixé au sommet de la chambre en aluminium.

Pour ces exercices, la pression aérienne, maxima de 3 kilos, sera utilisée, le sujet sera plus ou moins éloigné de l'appareil (1), suivant la plus ou moins grande sensibilité de sa muqueuse respiratoire; le malade ne doit pas tousser pendant ces exercices, la toux indiquant une irritation excessive de la trachée; d'ailleurs, avec les grands débits, cette toux est rare. L'ozéneux dont la muqueuse aérienne est peu sensible, pourra se rapprocher de l'appareil.

Cette séance de respiration nasale doit durer environ dix minutes.

2° Pour les *applications directes* sur la muqueuse nasale, on utilisera soit la canule droite métallique, soit une olive nasale à double courant et en verre.

Avec la canule droite sous le contrôle visuel (*speculum nasi*) l'air ozonisé, avec une pression variant de 250 grammes à 2 kilos, sera porté sur les points malades de la muqueuse, ou dirigé vers les régions que l'on croit atteintes : méats, cavum, etc.

Chaque fosse nasale est alternativement ozonisée afin d'éviter les excès de pression. Il faut éviter également la pénétration d'air ozonisé dans la trachée (toux); pour ce faire, on arrêtera la production d'ozone pendant l'inspiration, pour la rétablir à l'expiration. Le malade est entraîné à émettre le plus lentement possible une voyelle quelconque pendant cette expiration, afin d'avertir l'opérateur.

Pour l'emploi des olives, la pression de l'air ozonisé variera progressivement de 250 grammes à 2 kilos, suivant la tolérance du malade.

Pour chaque fosse nasale, l'application durera environ deux minutes et demie.

(1) De 1 mètre à 25 centimètres.

Les séances peuvent être journalièrement répétées.

Chacune de ces séances sera précédée d'un massage complet de la muqueuse naso-pharyngée avec le pistolet à air comprimé dont j'ai donné la description dans mes publications antérieures (1).

Action sur la muqueuse. — Chaque application d'ozone, directe ou indirecte, est suivie d'une hypersécrétion intense de la muqueuse naso-pharyngée, qui prend une coloration rouge vif; au balayage mécanique de l'air sous pression s'ajoute l'action chimique de l'ozone; l'un et l'autre contribuent à nettoyer, désinfecter, assainir les plus lointains replis de la muqueuse aérienne.

Dans l'ozène les sécrétions deviennent rapidement plus liquides, se désodorisent et se décolorent.

La vie de la muqueuse semble reprendre, ses sécrétions physiologiques se rétablissent, sa sensibilité revient, et cela très rapidement.

Les inhalations d'air ozonisé, sous forme d'exercices respiratoires devant l'appareil en marche, complètent à chaque séance les applications locales; concurremment, on voit l'état général de l'ozéneux s'améliorer.

Ces bons résultats sont obtenus plus rapidement et surtout plus aisément qu'avec l'air seul. Cette méthode tend à diminuer les efforts volontaires et attentionnels exigés des ozéneux en traitement, le malade peut se laisser aller plus facilement à la passivité naturelle.

Bien que nous n'expérimentions cet appareil que depuis peu de temps, les résultats que nous avons déjà obtenus sur quelques malades nous permettent de considérer cette méthode comme un perfectionnement.

Mais ces bons résultats devront être confirmés par de nombreuses observations, prises par nous et par d'autres.

Notre présentation a pour but de prendre date dans ces recherches et d'y intéresser nos collègues.

(1) Congrès de la Société Française 1910, 1911, 1912 et *Annales des maladies des oreilles*.

IV

CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DES SURDITÉS CHRONIQUES PROGRESSIVES AVEC INEXCITABILITÉ VESTIBULAIRE ET VERTIGE (SYNDROME DE MÉNIÈRE).

Par **L. BALDENWECK**

Dans ces *Annales* (1913, 1^{re} livraison, page 1), nous avons étudié la réflectivité vestibulaire chez les malades atteints de surdité chronique progressive avec syndrome de Ménière. On a vu que, chez eux, il y avait une inexcitabilité vestibulaire plus au moins développée.

Nous donnons ici la suite de l'observation I de notre mémoire, ayant eu l'occasion de revoir le malade. Nous y joignons l'histoire de deux nouveaux cas, que nous croyons intéressant d'exposer. La première concerne un grand vertigineux continu (observation II), la deuxième un petit vertigineux subcontinu (observation III).

OBSERVATION I

Bali... se (1).

26 mai 1913.

A été bien du 15 octobre 1912 au 10 mai 1913.

A cette date, en se couchant le soir, a eu une sensation de plongeon dans le vide, sensation d'ailleurs très passagère.

Les jours suivants, sans avoir de vertige, il éprouvait un vague sentiment de malaise.

Aussi décide-t-il, le 22 mai au soir, de prendre une tisane laxative. Le lendemain, il se sentait très mal. Au déjeuner de midi vertige violent, quoique progressif; tout tournait autour de lui. Il se couche pendant une heure et est obligé de fermer les yeux pour voir diminuer le vertige.

En même temps, nausées, pas de vomissements. Finalement, il s'est mis à plat ventre, la tête légèrement surélevée avec un

(1) V. ces *Annales* 1913, p. 9, l'histoire antérieure de ce malade.

oreiller. Dans cette position les phénomènes se sont calmés peu à peu et ont disparu jusqu'au lendemain 24.

Ce jour-là, étant tout à fait bien, il va à une scierie. Aussitôt le bruit des machines lui provoque des vertiges. On est obligé de le soutenir, car il fléchissait et avait des tremblements des bras et des jambes. Il rentre chez lui en autobus; là les vertiges continuels l'obligent à s'appuyer sur la personne qui l'accompagnait.

Aujourd'hui, il a une sensation de vertige léger, mais continu. Il marche difficilement et en hésitant.

Nystagmus spontané. — Nystagmus rotatoire à droite très léger, s'exagérant quand la tête est renversée en arrière.

ÉPREUVE CALORIQUE. — *A droite* : A 300 centimètres cubes, ébauche de nystagmus rotatoire dans la position 3, rien dans les positions 1 et 2. A 380 centimètres cubes, le nystagmus rotatoire n'existe plus dans la position 3. Rien dans la position 1. Mais dans la position 2, nystagmus horizontal à gauche, très léger.

A gauche : 45 centimètres cubes. Nystagmus type dans les trois positions.

28 mai.

N'a pas eu de vertige. Simple sensation de lourdeur de tête.

Nystagmus spontané.

Très léger à droite, tête droite; augmentant, tête renversée en arrière.

ÉPREUVE CALORIQUE. — *A droite* : 70 centimètres cubes : Nystagmus léger mais net dans les 3 positions.

A gauche : 55 centimètres cubes. Nystagmus type.

REMARQUES. — Les deux examens de ce malade s'opposent l'un à l'autre d'une façon saisissante.

Le premier, correspondant à une période de vertiges, montre la quasi-inexcitabilité du labyrinthe droit; le deuxième, répondant à une amélioration, indique le même vestibule comme ayant une excitabilité normale.

Or la comparaison entre les deux périodes d'observation est des plus instructives. En effet cette dernière crise n'a duré que quelques jours. Immédiatement le labyrinthe atteint a récupéré sa fonction.

Au contraire, dans la période d'observation antérieure, l'état

de crise a duré très longtemps. Or l'hypoexcitabilité a diminué lentement, persistant — quoique à un degré moindre — après la disparition des vertiges, ainsi qu'un coup d'œil sur le graphique (1) permet de s'en rendre compte. Nous trouvons donc là la confirmation de ce que nous avançons, à savoir que la récupération de l'excitabilité après chaque crise est souvent lente, quand le malade est en état vertigineux continu ou subcontinu, tandis qu'au contraire, elle est généralement rapide si la crise est de peu de durée.

Nous voulons également mettre ici un relief le fait que l'inexcitabilité, lors du premier examen, absolue pour les canaux verticaux, ne l'était pas tout à fait au même point pour l'horizontal qui a fini par réagir. Nouvel exemple d'une dissociation labyrinthique unilatérale que l'on voit réalisée d'une manière parfois trêstranchée.

Enfin la même épreuve nous a montré, en dehors de l'hypoexcitabilité générale considérable et en quelque sorte permanente, des variations dans son degré en ce qui concerne les différents canaux pendant le cours même de l'épreuve. C'est ainsi qu'au commencement de celle-ci, c'étaient précisément les verticaux qui paraissaient légèrement plus excitables, contrairement à ce qui s'est produit finalement.

Nous avons constaté, chez un certain nombre de malades, ces variations pendant le cours même de l'épreuve. Nous les tenons pour une nouvelle démonstration de l'instabilité extraordinaire, qui existe dans le fonctionnement des voies labyrinthiques chez ces malades. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

OBSERVATION II

Mor.... et, 52 ans, employé.

2 février 1913.

Pas d'antécédents ni généraux ni auriculaires (héréditaires ou personnels). — 2 enfants bien portants.

L'affection a débuté il y a 10 ans par une surdité droite.

Celle-ci a crû progressivement. Elle est très accentuée depuis 3 ans.

Pas de bourdonnements

Les vertiges ont débuté en août 1912. Brusquement, il est tombé en avant sous l'influence d'une sensation vertigineuse d'ailleurs

(1) Ces *Annales*, 1913, p. 43

très brève (une demi-minute environ). Il n'y a pas eu de vomissements.

Depuis cette époque, état subvertigineux continu qu'exacerbe chaque mouvement brusque et principalement l'action d'ouvrir et de fermer une porte. Il a aussi des vertiges fréquents, où il a tendance toujours à tomber en avant. Mais en général, il se retient à un objet environnant. Il a de même des vertiges dans l'acte de se baisser, jamais dans celui de se coucher.

Antérieurement à notre examen, on lui a fait 3 ponctions lombaires :

1^o 20 décembre 1912 : amélioration pendant 8 jours

2^o 10 janvier 1913 : pas d'amélioration

3^o 14 janvier : pas d'amélioration. Violents maux de tête à la suite.

Ces ponctions lombaires paraissent avoir été assez copieuses.

TYMPANS un peu mats. Enclume visible surtout à gauche.

ÉPREUVES D'AUDITION. — Elles montrent une surdité labyrinthique totale à droite, mixte et légère à gauche

EXAMEN DE L'APAREIL VESTIBULAIRE

Nystagmus spontané. — Bilatéral; rotatoire à droite et horizontal à gauche.

Romberg. — Pas de chute; mais oscillations pendulaires.

ÉPREUVES DE STEIN. — La marche, yeux fermés, est impossible à rechercher, le malade s'y refusant par peur du vertige.

La marche, yeux ouverts, est normale; au commandement du demi-tour, le malade ferme instinctivement les yeux toujours par peur du vertige.

ÉPREUVE CALORIQUE (Brünings). — *A droite* : 200 centimètres cubes; nystagmus à gauche type dans les positions 1 et 2; en position 3(1) le nystagmus reste horizontal.

A gauche : 30 centimètres cubes; nystagmus à droite type dans les 3 positions.

EXAMEN GÉNÉRAL. — Malade pâle, amaigri. Démarche mal assurée.

Réflexes rotuliens légèrement exagérés. Babinski normal. Pas de signe d'Argyll.

(1) Rappelons que nous dénommons positions 1, 2, 3, les 2 positions optima du canal horizontal et la position optima des canaux verticaux.

Sensibilité générale normale.

Un peu d'emphysème pulmonaire.

Radiales un peu dures.

L'examen à l'écran montre un léger élargissement de la portion horizontale de la crosse (Dr Maingot).

L'examen des yeux (pratiqué dans les exercices du Dr Rochon-Duvignaud) ne montre rien qu'une myopie moyenne.

Rien dans les urines.

On met le malade au repos et au régime lacté et on conseille à son médecin de lui faire de la pilocarpine.

22 février 1913.

Huit injections de pilocarpine ont été faites (une tous les deux jours ; la dernière hier).

Le malade n'a plus de vertige violent depuis la sixième injection. Il n'est plus constamment étourdi.

Cependant, de temps en temps, il a des vertiges, surtout quand il fait un mouvement trop violent.

Aujourd'hui, il trouve qu'il est étourdi davantage ; ce qu'il met sur le compte du voyage dans le train.

Nystagmus spontané : bilatéral. — Horizontal à gauche (vif et à petites excursions). Rotatoire à droite (lent et à grandes excursions). Le nystagmus n'est pas influencé par le renversement de la tête en arrière.

ÉPREUVE CALORIQUE : *A droite* : à 350 centimètres cubes, ébauche de nystagmus dans les 3 positions.

A gauche : 40 centimètres cubes : type dans les 3 positions.

1^{er} mars 1913.

Se sent moins bien. A eu 2 injections de pilocarpine depuis la dernière fois.

Il a des vertiges tous les jours, surtout quand il fait un mouvement brusque. Il chancelle sur ses jambes d'une façon constante. et déclare se sentir toujours entraîné à droite.

Durée des vertiges : quelques secondes.

Nystagmus spontané : bilatéral : horizontal, très rapide, à gauche ; rotatoire, lent, à droite.

ÉPREUVE CALORIQUE : *A droite* : inexcitable.

A gauche : 15 centimètres cubes : nystagmus très violent.

7 mars 1913. — Les vertiges ont été assez souvent répétés (plusieurs fois par jour) mais très brefs (2 secondes) et assez légers. Cependant, le 2, il en a eu un plus long et plus fort, l'ayant obligé à se tenir aux objets environnants.

Aujourd'hui se trouve plutôt mieux.

Nystagmus spontané. — Mêmes caractères que précédemment, mais il est fortement diminué.

ÉPREUVE CALORIQUE. — A droite : 125 centimètres cubes; nystagmus type dans les 3 positions.

A gauche : 45 centimètres cubes; nystagmus type dans les 3 positions.

15 mars 1913.

Les vertiges ont été très fréquents, mais de peu de durée. C'est surtout le fait d'ouvrir les portes qui les détermine.

Le malade, très déprimé, se tient difficilement sur les jambes.

Nystagmus spontané. — A repris ses caractères antérieurs.

18 mars 1913.

Même état. On met le malade à l'iodure (0^{gr},25 par jour).

29 mars 1913.

Dans l'ensemble même état; peut-être cependant légère amélioration.

A eu toutefois un grand vertige avec chute (en arrière et à droite) il y a huit jours, mais sans perte de connaissance. S'est relevé tout seul immédiatement.

On prescrit du bromure.

8 avril 1913.

Depuis la dernière fois, état vertigineux constant.

Nystagmus spontané. — Bilatéral, très intense, avec les caractères habituel.

15 mai 1913.

Le malade amélioré, quoique ayant fréquemment des vertiges légers, reprend son service.

Nystagmus spontané. — Très diminué.

REMARQUES. — Ce grand vertigineux présente une surdité labyrinthique totale à droite, mixte et légère à gauche.

C'est également du côté droit que se manifestent les troubles vestibulaires. L'inexcitabilité dénotée par l'épreuve calorique est tantôt totale, c'est-à-dire portant sur les trois

canaux (22 février, 1^{er} mars), tantôt partielle, et ne touchant que les canaux verticaux (2 février); mais le canal horizontal lui-même est fortement hypoexcitable.

Par contre, à l'amélioration passagère du 7 mars, correspond une hypoexcitabilité moindre et portant sur tous les canaux.

Signalons en passant l'échec de tous les traitements essayés (ponction lombaire, pilocarpine, bromure, régime, etc.)

OBSERVATION III (1)

Lem...cre, Édouard, 69 ans.

Surdité labyrinthique sénile totale à droite, moyenne à gauche.

22 janvier 1913.

Début, il y a 7 ans, par le côté droit.

En même temps se sont installés des bourdonnements peu intenses, sauf la nuit.

Il y a 7 ans également le malade a eu un grand vertige avec vomissements. Depuis les vertiges ont été très fréquents et ont fini par se répéter tous les jours; tombé plusieurs fois. Il est généralement obligé de se retenir aux objets environnants. Il y a deux ans, il aurait eu un vertige avec perte de connaissance. Les vertiges sont à la fois subjectifs et objectifs et les objets tournent de gauche à droite. Autrefois ils duraient une heure ou deux. Actuellement ils ne durent plus qu'une minute ou deux.

Les *tympan*s sont brillants, sauf à droite en arrière du manche où l'aspect est un peu laiteux.

Nystagmus spontané.

Très léger à droite, dans le regard extrême de ce côté.

ÉPREUVE CALORIQUE. — *A droite* : Inexcitabilité.

A gauche : 60 centimètres cubes; nystagmus type pour les 3 positions.

Examen général. Pupilles punctiformes. Réflexes patellaires plutôt exagérés.

26 janvier 1913.

Pas de nystagmus spontané.

(1) Ici, comme dans l'observation II, le diagnostic de la surdité est établi, outre les épreuves classiques, par celles de Lombard, les diapasons de Hartman et, s'il y a lieu, la série de Bezold.

ÉPREUVE ROTATOIRE.

Rotation à droite. Postnystagmus horizontal à gauche (durée : 25 secondes).

Rotation à gauche. Postnystagmus horizontal à droite (durée : 5-10 secondes).

REMARQUES. — Ici encore, inexcitabilité labyrinthique unilatérale, mais portant sur les trois canaux.

L'épreuve rotatoire confirme les résultats de l'épreuve calorique. Le faible postnystagmus droit, après rotation à gauche, doit être mis sur le compte de l'excitation concomitante du labyrinthe gauche, excitation d'ailleurs faible de par le sens même de la rotation (mouvement de l'endolymphe de l'ampoule vers l'arc).

..

Les observations précédentes, ayant trait à des modalités cliniques différentes, viennent donc confirmer ce que nous avons dit, au sujet de l'inhibition vestibulaire :

Sans doute, chaque cas se traduit par une formule un peu spéciale. Mais, dégagée des détails et circonstances secondaires, l'étude d'ensemble des faits aboutit, ainsi que nous l'avons dit, à la règle générale suivante.

Avec la crise vertigineuse survient une diminution de l'excitabilité vestibulaire. Cette hypoexcitabilité est variable. Quelquefois légère, elle est généralement assez marquée et peut aller jusqu'à l'inexcitabilité. La brusquerie et surtout la répétition des crises ainsi que la durée de l'état vertigineux semblent agir sur son degré beaucoup plus que l'intensité même d'un vertige donné.

C'est donc avec intérêt que nous lisons dans les Comptes rendus de la Société Autrichienne d'Otologie (*séance du 31 mars 1913*) le résumé d'une discussion faisant suite à une communication de E. Urbantschitsch et concernant un cas de vertige de Ménière dans lequel on a pratiqué la recherche du nystagmus calorique pendant et après la crise. Les résultats en sont conformes à ce que nous disions plus haut et aux conclusions de notre travail paru dans ces Annales (1913, 1^{re} livraison).

ANALYSES

OREILLES

Sur le pronostic et la casuistique des abcès otogènes du cerveau, par HENKE (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, t. LXII, n° 4).

Si l'on voulait établir le pronostic de l'opération des abcès du cerveau d'origine auriculaire, on arriverait à un résultat bien différent de la réalité, car, pour des raisons faciles à comprendre, on publie généralement les opérations couronnées de succès. Henke a eu l'idée d'établir une statistique qui emprunte ses cas à quelques opérateurs seulement (Schmiegelow, Körner, Kummel, Hinsberg), mais où figurent tous les abcès du cerveau rencontrés par eux, opérés ou non, guéris ou terminés par la mort. Il obtient ainsi 118 abcès dont 75 ont été opérés et 43 n'ont pas été reconnus. Sur les 75 cas opérés, 24, c'est-à-dire le tiers à peu près, ont été guéris. Henke arrive à un résultat moins favorable, car il trouve que trois quarts des abcès cliniquement reconnus se terminent par la mort et qu'à peine un quart sont guéris.

A quoi est dû ce mauvais résultat? La non reconnaissance de l'abcès est une des premières causes. Un grand nombre d'abcès ne sont pas reconnus parce que les complications coexistantes les font méconnaître. D'autres fois il y avait plusieurs abcès et on s'est contenté de l'ouverture d'un seul. Quelquefois l'abcès cherché n'a pas été trouvé parce qu'on s'est contenté trop vite d'un résultat négatif. On fait le diagnostic de l'encéphalite et à l'autopsie on trouve l'abcès. Henke dit que ces ponctions blanches deviennent d'autant moins fréquentes que l'expérience de l'opérateur augmente. Mais à combien d'opérateurs est-il donné d'avoir une expérience personnelle très grande de l'abcès du cerveau. Enfin il ne faut pas oublier que l'abcès du cerveau est surtout caractérisé, comme on le dit, par la latence des symptômes.

L'abcès non reconnu tue le malade le plus souvent par la méningite. L'encéphalite, la paralysie du centre respiratoire, la phlébite des sinus et la pyémie sont des complications déjà moins fréquentes.

La symptomatologie de l'abcès du cerveau supportera certainement d'être enrichie. La période du début surtout nous est pour ainsi dire inconnue. Un malade porteur d'abcès du cerveau peut ne faire nullement l'impression d'un homme gravement atteint jusqu'à ce que le grand cortège endo-crânien éclate brusquement avec fracas. La température n'a rien de caractéristique. Des températures subnormales plaident fortement, dans le doute d'une complication endo-crânienne, pour l'abcès. Nous n'insisterons pas sur le phénomène de l'hypertension endo-crânienne ni sur les phénomènes de foyer. De nombreuses observations ont montré qu'il ne faut pas trop systématiser dans la localisation. Quant à cette localisation, Hencke ne considère que les abcès du cerveau. Pour nous, otologistes, les abcès du cervelet sont plutôt intéressants. Les dernières recherches faites dans cette voie ne se trouvent pas encore mentionnées dans le travail de Hencke.

LAUTMANN.

Cas grave de scarlatine maligne compliqué de thrombose du sinus et de méningite suppurée guéri par plusieurs opérations successives et injections intra-lombaires répétées de sérum anti-streptococcique, par OHNACKER (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, t. CXIII, n° 4).

Il faut tout espérer chez les enfants. Le cas rapporté par un élève de Voss le prouve. Nous nous arrêtons pour rappeler l'importance qu'il faut attribuer, au point de vue du diagnostic de la thrombose du sinus, à la fièvre aussitôt qu'une otite se déclare, surtout au cours d'une infection comme la scarlatine. Un autre point digne de remarque est l'action particulièrement bienfaisante de l'injection intra-lombaire du sérum anti-streptococcique (marque Höchst) répétée à de courts intervalles.

LAUTMANN.

Cas de méningite cérébro-spinale otogène guérie combiné avec de la pachyméningite interne mortelle, par SCHMIEGELOW (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, t. LXIII, n° 4).

Puisque le malade est mort on ne peut pas dire que la méningite otogène (le terme de méningite cérébro-spinale choisi par Schmiegelow prête à confusion) dont il était atteint ait guéri. Il y avait bien disparition des éléments anormaux dans le liquide retiré par la ponction lombaire, mais à aucun moment les phénomènes cliniques de méningite n'ont disparu entièrement, quoiqu'une cer-

taine amélioration dans les phénomènes morbides les plus saillants ait pu être constatée au cours de l'évolution. C'est une question pas encore élucidée de savoir si la constatation d'anomalies dans le liquide cérébro-spinal permet le diagnostic de méningite et si la disparition de ces anomalies permet de croire à la guérison de la méningite. L'observation rapportée en détail par Schmiegelow nous paraît surtout intéressante à cause de l'existence d'une pachyméningite interne ou d'un abcès sous-dural auquel on n'a pas songé et qui, comme si souvent, a été une trouvaille d'autopsie. Les caractères cliniques de l'abcès sous-dural sont peu connus. A lire l'observation de Schmiegelow on trouve très prononcée la céphalée tenace et localisée. Un autre complexus de symptômes est dû à l'augmentation de la tension endo-crânienne qui dans le cas de Schmiegelow s'est manifestée par une hernie du cervelet et par de l'aphasie. Il est possible que les altérations du liquide cérébro-spinal aient été sous l'action de cet abcès sous-dural et que les changements dans l'état du malade aient été dus également au changement de pression qu'exerçait l'abcès. En somme, c'est un cas intéressant à beaucoup de points de vue, même au simple point de vue de la technique, en ce sens qu'un opérateur appelé avant Schmiegelow n'a pas su mener à bonne fin l'ouverture de l'antra, à cause de la précidence du sinus, au moment où il n'existait qu'une simple mastoïdite.

LAUTMANN.

Sur la valeur diagnostique de l'examen bactériologique du sang dans la thrombose du sinus latéral, par OPPENHEIMER (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, t. LXIII, n° 4)

Comme nos lecteurs connaissent surtout l'opinion contraire à celle défendue par Oppenheimer, il sera intéressant d'analyser ce travail en citant directement le texte. L'examen bactériologique du sang permet de reconnaître la thrombose du sinus à un moment où les autres signes sont muets ou pas suffisamment développés pour faire ce diagnostic, dont la grande valeur clinique réside précisément dans la précocité avec laquelle il a été fait. Si l'on examine le sang des malades atteints de mastoïdite, on trouvera que les examens donneront un résultat positif d'autant plus constant que cette recherche sera faite dès le début de la thrombose. Néanmoins l'examen peut être négatif malgré une inflammation du sinus, si le thrombus s'est désagrégé et si ses particules se sont déversées dans le torrent circulatoire. Quand, après ouverture large de l'apophyse mastoïde et nettoyage de toutes ses cellules, l'infection

n'a pas disparu et que le sang contient des streptocoques, il existe toujours une thrombose du sinus. Même avant toute ouverture de l'apophyse mastoïde avec de la haute fièvre et un état général correspondant à ce diagnostic, on peut affirmer l'existence d'une thrombus-phlébite si l'examen bactériologique du sang donne un résultat positif. Après ouverture du sinus et nettoyage du thrombus, la continuation de la bactériémie donne une indication absolue pour la ligature de la veine jugulaire. Après ligature de la veine jugulaire, la formule bactériologique de positive se transforme progressivement en formule négative. Voici par exemple une observation de l'auteur. Un jeune homme est opéré de mastoïdite et à la suite le sinus a dû être ouvert. Malgré une température normale, et avec des seules plaintes d'une céphalée temporo-frontale constante. Oppenheimer fait la ligature de la veine jugulaire parce que l'hémoculture donne 320 colonies de streptocoques par centimètre cube de sang. On trouva dans la veine jugulaire un thrombus en partie décomposé. Guérison à la suite de la ligature de la jugulaire. Une étude approfondie de tous les cas observés, et le nombre n'en est pas petit puisqu'il dépasse 400 cas de mastoïdite, a montré à Oppenheim que l'hémoculture est toujours négative quand il s'agit d'un cas non compliqué de mastoïdite, et inversement un nombre respectable de cas (50) lui ont montré que l'hémoculture était positive presque constamment quand la mastoïdite était compliquée de thrombose du sinus. Nous avons mentionné déjà pourquoi un résultat négatif ne suffit pas pour exclure le diagnostic de thrombose du sinus, comme inversement aucun otologiste ne posera le diagnostic de thrombose du sinus uniquement parce qu'il a trouvé chez son malade de la bactériémie. Bien entendu une bactériémie avec frissons et brusque élévation de température se verra aussi dans les thromboses d'autres sinus veineux que le sinus transverse. Mais ces thromboses (bassin, extrémités, etc.) sont faciles à distinguer de la seule thrombose que nous avons eu vue.

La lecture de ce travail rappelle les travaux analogues de Lauter et de Nurnberg qui ne semblent pas avoir été contrôlés en Allemagne. Par contre les affirmations de Oppenheimer ont été nettement contredites par Duel et Wright. Oppenheimer explique ces différences par une différence de technique. Lui-même a été secondé dans ses recherches par un bactériologiste, ce qui peut avoir une importance capitale. Étant suffisamment secondé on doit profiter du conseil de Oppenheimer de faire l'hémoculture chez chaque malade gravement infecté et chez lequel le diagnostic n'est pas évident,

pour éviter par exemple de soigner comme fièvre typhoïde un cas nécessitant l'ouverture du sinus transverse. De plus, chaque otologiste devra faire des cultures de sang avant même d'ouvrir la mastoïde s'il n'est pas absolument sûr que la mastoïdite n'est pas compliquée.

LAUTMANN.

Méningite après sinusite larvée, par GERBER (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, t. LVIII, n° 2).

En causa mortis, de qua pauci forsan cogitant, même si ce sont des spécialistes. C'est avec ces mots que Gerber, qui a tant étudié les complications de la sinusite frontale, commence le récit de l'observation suivante. Une femme de 32 ans tombe malade de la grippe, sans cependant s'aliter. Elle ne se couche que quand les maux de tête deviennent intolérables. Le dixième jour de la maladie, l'oreille gauche commence à suppurer et le jour même la malade tombe dans le coma. Quand Gerber la voit le lendemain il constate tous les signes de la méningite qu'il considère, comme probablement tous les spécialistes auraient fait, d'origine auriculaire. Il ouvre la mastoïde, découvre le sinus, le toit de l'antre, incise la dure-mère, ponctionne le cerveau, bref procède comme on le fait généralement si on ne songe pas à une affection sinusale. Il ne trouve pas de pus. La malade meurt deux jours après. A l'autopsie on reconnaît une méningite localisée surtout autour des filaments du nerf olfactif et en partie au cervelet. Dans le cerveau, des îlots d'encéphalite. Le sinus ethmoïdal, à droite surtout, rempli de pus. Le sinus frontal droit contient du pus tandis que le sinus frontal gauche manque. De même existe une double sinusite maxillaire et sphénoïdale. La section de l'os pétreux le montre sain partout. L'examen bactériologique laisse reconnaître des pneumocoques. Pour Gerber c'est le deuxième cas de diagnostic erroné où une otite coexistante a fait méconnaître une panantrite. Ces panantrites graves occupent une place trop petite dans l'esprit du rhinologiste.

LAUTMANN.

II. — NEZ.

Réséction sous-muqueuse de la cloison avec description de quelques instruments spéciaux à l'auteur, par METZENBAUM (*Laryngoscope*, n° 2, 1911).

On a lu tant de fois la description de cette opération (simple, disent les uns), et des instruments nouveaux destinés à simplifier la technique qu'on nous permettra de passer sous silence cette partie du travail. Plus intéressant nous paraît la façon dont Metzenbaum pratique l'anesthésie. Il donne une petite dose (1 p. 400 de grain) de bromhydrate de hyosine ou scopolamine à l'intérieur, une demi-heure avant l'opération. Il obtient ainsi non seulement une sédation psychique, mais aussi une telle anesthésie pour plusieurs heures après l'opération qu'il lui suffit de tamponner la muqueuse nasale avec de la gaze trempée dans une solution de cocaïne à 2 p. 400, au lieu d'employer les solutions bien plus concentrées, voire même l'injection sous-muqueuse. Il ajoute à cette faible solution de cocaïne une solution ordinaire d'adrénaline réduite au 1 p. 40. Dans l'espace de 10 minutes, les tampons sont changés 2 ou 3 fois.

LAUTMANN.

Traitement de l'asthme nasal par résection du nerf, par NEUMAYER (*Zeitsch. of Laryng.*, t. IV, n° 3).

Le raisonnement sur lequel Neumayer a édifié une nouvelle méthode radicale pour guérir l'asthme est des plus simples. Etant donné que l'asthme est une névrose réflexe de la pituitaire on obtiendra la guérison si on rompt ce réflexe par destruction de la voie centripète, la plus facile à atteindre. De ces voies centripètes le nerf ethmoïdal antérieur est le plus important. Il s'agit donc de détruire ce nerf. En décollant la péricorbite de la paroi interne de l'orbite jusqu'au trou ethmoïdal antérieur on tombe sur un petit faisceau qui est composé par le nerf et les vaisseaux ethmoïdaux antérieurs. Comme on ne peut pas séparer dans cette profondeur le nerf des vaisseaux, Neumayer conseille de faire une double ligature sur les faisceaux et de sectionner entre les ligatures.

L'opération n'est pas particulièrement difficile, peut s'exécuter sous anesthésie locale et est presque une opération de cabinet. Malheureusement les 5 observations que rapporte Neumayer n'ont pu entraîner notre conviction, car, à part une seule observation où une grande amélioration paraît avoir été obtenue, les 4 autres cas n'ont été que passagèrement améliorés. Du reste le raisonnement de Neumayer est faux. Pour rompre comme il croit le réflexe asthmatogène, il ne suffit pas de détruire une des voies centripètes, il faudrait supprimer entièrement la sensibilité du nez. Or, on obtiendrait ainsi une trophanévrose du nez, mal pire que l'asthme

et pour lequel les ophtalmologistes peuvent facilement nous fournir des exemples.

LAUTMANN.

Sur l'exécution des opérations dans les deux fosses nasales en une seule séance et le traitement post-opératoire, par POLYAK (*Zeitsch. für Laryngology*, t. IV, n° 3).

Pour diminuer le traumatisme opératoire, autant que possible, Polyak conseille d'exécuter toutes les opérations que réclame l'état pathologique d'un nez en une seule et même séance. Cette proposition avait été déjà faite une fois par Polyak sans avoir trouvé beaucoup d'écho parmi les rhinologistes. Les nouvelles preuves qu'apporte Polyak ne sont pas plus convaincantes. Il est impossible d'exécuter toutes les opérations que réclame une affection nasale en une seule séance pour la simple raison que souvent le rhinologiste le plus expérimenté ne saurait dire jusqu'où il faut aller. Une autre objection se fait Polyak lui-même en disant que les malades opérés d'après ses principes devraient être tous hospitalisés. Or, comme il est impossible d'opérer tous les malades dans des maisons de santé, il faudra continuer à opérer comme nous l'avons fait jusqu'à présent. Un autre point, longuement traité par Polyak, est celui du tamponnement après opération. Sur ce point les principes de Polyak ne sont pas absolument neufs. Polyak ne tamponne plus après une opération endo-nasale, mais à condition, dit-il, de garder le malade dans la maison de santé. Nombreuses sont les cliniques où l'on opère sans tamponner. En instruisant le malade sur la façon de se comporter, le chirurgien peut exécuter toutes les interventions endo-nasales sans tamponner. Point n'est besoin de faire entrer pour cela les malades dans des maisons de santé. Du reste cette précaution n'a pas mis Polyak entièrement à l'abri d'une hémorragie, car dans l'espace d'un an Polyak a exécuté 79 opérations endo-nasales d'après ses principes, il a eu 4 fois des hémorragies post-opératoires qui ont cédé à un spray par l'adrénaline et 2 fois il a dû faire un tamponnement antérieur.

LAUTMANN

Obstruction nasale chronique et induration du sommet droit (Krönig), par ROSENBERG (*Archiv. f. Laryng.*, t. XXV, n° 1).

En 1907, Krönig a attiré l'attention des médecins sur un état pathologique du sommet droit du poumon qui à première vue a toutes les ressemblances avec un début de tuberculose. L'évolution ultérieure de la maladie montre qu'il n'en est rien et un examen du nez permet de constater l'existence d'une imperméabilité nasale

due soit aux adénoïdes, soit à une déviation de la cloison, soit à une hypertrophie des cornets inférieurs le plus souvent. Comme très souvent ces malades restent indemnes de tuberculose et que, dans nombre de cas, ces lésions du sommet disparaissent après rétablissement d'une respiration normale, Krönig voit alors la sténose nasale la cause de l'affection pulmonaire et il parle d'induration du sommet par collapsus.

Ces notions ne nous sont pas inconnues, malgré que la publication de Krönig soit relativement récente et ait provoqué un nombre très restreint de publications qui du reste étaient toutes affirmatives. Si nous attirons l'attention sur le travail de Rosenberg nous voulons insister sur quelques points qui méritent d'être étudiés. Quel est le mécanisme qui provoque le collapsus du sommet et pourquoi celui-ci se manifeste-t-il surtout du côté droit? Rosenberg, qui consacre tout son travail à cette question, n'arrive pas à une conclusion nette. Pratiquement nous voudrions aussi faire remarquer qu'il nous paraît assez risqué de faire le diagnostic de début de tuberculose uniquement en se basant sur les constatations de l'auscultation et de la percussion. Tout au moins, surtout si les renseignements du laboratoire restent muets, faut-il s'enquérir de l'existence possible d'une imperméabilité nasale; mais il ne faut pas faire dépendre le diagnostic du résultat thérapeutique obtenu par une intervention contre la sténose nasale, car, si les lésions du poumon sont trop anciennes, il peut se faire que, malgré le rétablissement de la respiration nasale et les exercices respiratoires, l'induration du sommet persiste. Les 5 cas de Rosenberg n'ont pour ainsi dire pas été transformés par le traitement rhinologique. Krönig a bien indiqué quelques signes pour le diagnostic différentiel entre la vraie tuberculose du sommet et l'induration par collapsus, mais ces renseignements ne nous intéressent qu'indirectement et nous aimons mieux renvoyer le lecteur au travail de Krönig (*Deutsche Klinik*, 1907).

LAUTMANN.

NOUVELLES

A propos du XVII^e Congrès international de médecine.

(Londres, 6-12 août 1913).

Dans les courtes notes suivantes nous n'avons d'autre désir que de donner la physionomie des deux sections concernant notre spécialité. Le compte rendu détaillé de leurs travaux scientifiques sera publié ulté-

rieurement. Sur plus de 7 000 médecins inscrits au Congrès, un dixième comprenait des oto-rhino-laryngologistes, parmi lesquels les Français venaient en nombre aussitôt après les Anglais. Les séances se tenaient dans deux amphithéâtres très spacieux situés dans un bâtiment de l'École polytechnique. On pouvait assez commodément, en se tenant près de la porte, aller d'une section dans l'autre en traversant un corridor. Cette précaution, prise par le comité, ne s'est pas montrée inutile, car on pouvait constater le va-et-vient inévitable des congressistes d'une salle à l'autre, va-et-vient qui se reproduira chaque fois que les deux sections seront séparées. Deux questions de haute-importance pratique sur la salvarsanothérapie et sur le traitement oto-rhino-laryngologique dans les maladies infectieuses ont été officiellement traitées dans des séances communes. Les opérations sur les amygdales, sinon officiellement, tout au moins effectivement, furent de même discutées en séance commune. Les deux sujets d'otologie, l'un sur l'otosclérose, et l'autre sur la pathologie de la surdi-mutité ayant moins d'intérêt immédiatement pratique obtinrent peut-être moins de succès dans un Congrès où les praticiens dominaient en grand nombre. Inversement les discussions sur la technique et les résultats de l'endoscopie bronchique et œsophagienne ne retenaient pas l'attention des otologistes. Néanmoins les décisions prises à Londres par le comité international que les deux congrès internationaux d'otologie et de laryngologie se tiendront dorénavant dans la même ville, l'un suivant immédiatement l'autre, donneront satisfaction à ceux qui s'intéressent à ces deux spécialités. Car c'est à cette division des sections que beaucoup de communications n'ont pas amorcé les discussions qu'elle comportaient. Pourtant les séances qui, généralement, commençaient vers 4 heures du matin et se terminaient vers midi 1/2, et l'après-midi ont duré quatre fois de 3 à 5 heures, furent très suivies. Le président de la section de laryngologie, Sir Saint Clair Thomson, avait soin de résumer et de traduire quand il était nécessaire la plupart des communications : il se faisait seconder pour l'allemand. L'affabilité et les qualités personnelles de son président ont contribué pour beaucoup à assurer un plein succès aux travaux de la section. Nous ne saurions trop admirer non plus la sollicitude aimable que le président de la section d'otologie apporta dans la direction des discussions.

D'un très grand intérêt fut l'exposition scientifique d'otologie et de rhino-laryngologie qui constituait une exposition distincte de celle organisée par le Congrès. Dans l'exposition générale, les instruments et préparations concernant notre spécialité étaient comme confondus au milieu de toutes les autres. Il y avait dans toutes les sections des choses intéressantes. Il est impossible de mentionner tout ce qui diffère de ce qu'on est habitué à voir dans les expositions analogues (bouton de chemise *in situ* dans un larynx d'enfant, tumeurs de l'hypophyse, pièce provenant de la première laryngectomie exécutée en Angleterre par Sir Félix Semon, etc., collection montrant toute la pathologie de l'amygdale.) Le musée otologique était établi dans une salle proche de l'amphithéâtre où les discussions ont eu lieu, de façon à permettre un examen plus facile de ces pièces qui, pour le non initié, manquaient un peu d'intérêt. Les lecteurs se doutent que dans ce musée étaient exposés les différents types d'apophyse mastoïde décrits par Cheatle; quantités de microphotographies sur les affections du laby-

rinthe étaient exposées par le professeur Kummel; près d'une centaine de microscopes étaient tout préparés pour l'examen de préparations de labyrinthites suppurées. Un grand nombre de modèles de l'appareil auditif constituaient la partie habituelle de ces expositions. Il faut particulièrement mentionner le catalogue spécial du musée d'otologie qui, pour plusieurs des objets exposés, rapporte l'histoire clinique. Nous mentionnons l'exposition mi-scientifique mi-commerciale d'instruments de chirurgie et de pharmacie établie dans un autre bâtiment immense à laquelle était joint un restaurant comme on en voit dans toutes les expositions internationales.

Il resterait encore à parler des fêtes et des divertissements. Les journaux politiques ont tous proclamé le faste et l'abondance de ces réceptions. Il nous semble que les oto-rhino-laryngologistes ont été encore particulièrement favorisés. Abstraction faite des invitations particulièrement intimes, Sir Saint Clair Thomson, M. Arthur Cheatele comme président des sections, M. Herbert Tilley, M. Dundas Grant comme président des Sociétés d'otologie et de laryngologie, ont invité tous les Congressistes de leurs sections, qui se sont trouvés de nouveau réunis à la fin du congrès dans un dîner auquel tous les membres du congrès étaient conviés par les deux Sociétés de laryngologie et d'otologie de Londres. L'excursion à Oxford le dimanche, un jour triste, comme le disait spirituellement Sir Saint Clair Thomson, favorisée par le plus beau soleil, restera longtemps dans le souvenir des congressistes.

S. LAUTMANN.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **LABORATOIRES DUMOUTHIER**
PARIS — 11, Rue de Bourgogne — PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS
Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

E
RIS
T.
MC.